Nr. 32. 6. sierpnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Józef Koliński. Łódź.

Wpływ ubiegłej wojny na choroby oczne.

Przyczynek do etjologji niektórych schorzeń ocznych.
Rzecz wygłoszona na I Zjeździe Okulistów Polskich w Warszawie dnia 17 XII 1921 r.

Wojna wywarła wpływ na wszystkie dziedziny życia ludów, a więc i na ich zdrowie, a wpływ ten oświetliło piśmiennictwo lekarskie Zachodu ze stron wielu. Mam zamiar również podzielić się swojemi spostrzeżeniami z dziedziny chorób ocznych z czasu wojny, wyłączając cierpienia pochodzenia urazowego.

Dzięki wojnie niektóre choroby oka stały się częstszemi, miały przebieg cięższy, przybierały złośliwe, rzadko w czasie pokoju spostrzegane, postacie.

Jak wiadomo, w czasie wojny więcej przynoszą szkody i więcej przyczyniają śmierci choroby, niż kule nieprzyjacielskie. To też wszystko to, co sprzyja powstawaniu chorób wogóle, przyczynia się i do rozwoju chorób ocznych. Już na początku roku 1915 skutki wojny były widoczne pod postacią braku wielu środków żywności, a przedewszystkiem tłuszczów. Wskutek szybkiego i niepomiernego podrożenia tłuszczów ludność niezamożna mało ich używała. Takiemuż ograniczeniu uległy i pokarmy białkowe. Odbiło się to wkrótce na zdrowiu ludności, a między innemi i na stanie wzroku. Zaczęły się masowo pojawiać przypadki kurzej ślepoty (*Hemeralopia*). Była to *hemeralopia idiopathica*, bez widocznych zmian wziernikowych, a pojawiała się przeważnie u ludzi niezamożnych; częściej u mężczyzn, niż u kobiet. W czasach głodowych mężczyźni są więcej narażeni na braki aprowizacyjne, a przytem pracują ciężej. Przebieg choroby był zwykle dość ostry; po kilku tygodniach następowała poprawa. Epidemja trwała kilka miesięcy. Ponieważ warunki aprowizacyjne stawały się coraz gorsze, znikanie tej małej epidemji można było objaśnić przystosowaniem się organizmu do braków w odżywianiu. Czy podobna epidemja kurzej ślepoty istniała i w innych okolicach kraju poza Łodzią, nie mam co do tego pewności i o tem nie słyszałem. Że epidemja nie była w zależności od pory roku, ciepłoty, pogody i tp., dowodzi fakt, iż u żołnierzy okupantów w tym czasie nie spostrzegałem przypadków kurzej ślepoty, pomimo to, iż zwracali się do mnie po poradę z innemi cierpieniami oczów. A wiadomo, zaprowjantowanie wojsk niemieckich, przynajmniej na początku wojny, było bardzo dobre.

Drugą chorobą oczną, która w czasie wojny znacznie się wzmogła, była jaskra, (*glaucoma*). Jaskra stała się częstszą, a przebieg jej był ciężki, złośliwy. Przyczyna tego zjawiska jest następstwem przeżyć wojennych. W pierwszych latach wojny, poza trudnościami aprowizacyjnemi, ludność Łodzi żyła w silnem napięciu nerwów. Ciągła groza położenia, niepewność życia i mienia, nie ustające echa armatnich wystrzałów, przemarsze wojsk, połączone z rekwizycjami mieszkań i mienia, aresztami, sądami polowemi i wyrokami, braki aprowizacyjne — wszystko to musiało się odbić na nerwach ludności. Skutki tych warunków wyraziły się w narządzie wzroku pod postacią jaskry, choroby, której przyczyna nawet teoretycznie jeszcze nie jest ustalona. Bez względu na to, jaki jest mechanizm powstawania jaskry, czy jej przyczyną jest zwiększone wewnątrzgałkowe wydzielanie (*Chorioiditis serosa* Graefe'go, neuroza wydzielnicza Donders'a), czy też zmniejszony odpływ nazewnątrz (zarośnięcie kącików tęczówki Knies'a, zgrubienie podstawy tęczy Czermaka i td.), bodźcem do tych zaburzeń jest podrażnienie nerwowe, bez względu na to, czy chodzi tu o nerw trójdzielny (Grünhagen i Hippel), czy spółczulny (Laqueur, Abadie, Adamiuk). Nam, okulistom, codzienne spostrzeganie daje dowody, jak łatwo wpływy moralne mogą wywołać wybuch jaskry ostrej.[1] Te to wpływy moralne w połączeniu z głodem, bezsennością i innemi warunkami ujemnemi, mogą wytłumaczyć wzrost liczby chorych na jaskrę w pierwszych latach wojny, jak to widać z poniższej tablicy, stanowiącej zestawienie chorych oddziału ocznego szpitala miejskiego w Łodzi oraz chorych mojego prywatnego ambulatorjum za czas wojny.

(Oddział oczny w Szpitalu otwarty został w końcu roku 1915).

	Rok	Liczba ogólna chorych	Liczba chorych na jaskrę	Odsetki jaskrowych	Liczba kobiet chorych na jaskrę	Odsetek kobiet chorych na jaskrę	Liczba mężczyzn chorych na jaskrę
Oddz. oczny Szpit. Miej.	1916	146	22	15%	18	86%	4
	1917	168	16	9%	10	63%	6
	1918	200	7	3½%	7	100%	—
	Razem	514	45	8.7%	35	77.8%	10
Ambulatorjum pryw.	1914	1710	14	0.8%	10	71%	4
	1915	2514	28	1.1%	24	86%	4
	1916	2576	50	2%	43	82%	7
	1917	2947	30	1%	21	70%	9
	1918	3083	22	0.7%	15	68%	7
	Razem	12.830	144	1,13%	113	79%	31

Z powyższego zestawienia liczb widzimy, iż odsetek chorych na jaskrę największy był w 1916 roku, i to tak samo w szpitalu, gdzie jaskra stanowi 15% wszystkich chorych, jak i w mojem ambulatorjum prywatnem. W latach przedwojennych jaskra stanowiła 0.7% do 0.8% moich chorych.

Sprawozdanie z działalności oddziału szpitalnego za rok 1916 w całej okazałości oświetla sprawę jaskry wojennej. W roku tym na 146 chorych było 22 z jaskrą. Na 22 chorych jaskrowych było 2 chrześcijan a 20 żydów, a z tych tylko 2 było mężczyzn, a reszta 18 kobiet. Ponieważ z liczby wszystkich 146 chorych było 35 czyli 14% żydów, to stąd wniosek, że więcej niż połowa (57%), chorych ocznych żydów miała jaskrę.

Tych kilka liczb tłómaczy nam przyczyny tak znacznego wzrostu liczby chorych, dotkniętych jaskrą. Chorowali masowo żydzi, znani ze swej nerwowości, kobiety zaś górują pod tym względem nad mężczyznami. W następnych latach wojny nie tylko liczba jaskrowych się zmniejsza, ale również zmniejsza się i odsetek chorych kobiet. I tak, w tablicy moich chorych ambulatoryjnych odsetek chorych na jaskrę kobiet był w 1915 r. — 86%, w 1916 — 82%, w 1917 — 70% a w 1918 — 68%, równolegle z tem, jak procent wszystkich jaskrowych zmniejszył się z 2% do 0.7%.

Jednakże skutki wojny nie tylko zaznaczyły się przyrostem liczby chorych na jaskrę. Równocześnie z powiększe-

niem ilości chorych sam charakter choroby był ciężki, złośliwy. Na 29 irydektomij, dokonanych w 1916 roku z powodu jaskry, w 6 przypadkach po operacji nastąpił wylew krwi do przedniej komory w połączeniu ze znacznemi bólami operowanego oka. Przypadki te jednak miały przebieg pomyślny nawet tam, gdzie cała gałka oczna była krwią wypełniona. Natomiast w jednym przypadku u 33-letniego mężczyzny z objawami jaskry zapalnej, w czasie operacji, natychmiast po otwarciu przedniej komory, nastąpiło gwałtowne wypieranie na zewnątrz gałki: przez rany rogówki i tęczówki i soczewki i ciała szklistego, tak iż doszło do prawie całkowitego wynicowania błon wewnątrzgałkowych (*expulsio*). Chory ten pochodził z nad rzeki Bzury, gdzie w ciągu 5-iu miesięcy znajdowała się linja bojowa.

Nie lepszy, choć odmienny był wynik operacji, w czterech przypadkach jaskry zapalnej u kobiet z mej praktyki prywatnej: u dwu starozakonnych i dwu chrześcijanek. Pierwsza z tych chorych była operowaną przezemnie na obu oczach. Po operacji napięcie gałki się nie zmniejszyło, objawy zapalne z bólami trwały. Chora powoli traciła wzrok i po kilku tygodniach nastąpiła zupełna ślepota. Taki sam był wynik operacji, dokonanej u drugiej chorej w Instytucie Oftalmicznym w Warszawie. Trzecia chora (starozakonna) Gl. wyjechała do Wiednia, gdzie była operowaną przez prof. F. Po czterech tygodniach powróciła również jako ślepa i z bólami zapalnemi, które się powstarzały co kilka dni. Chora ta po kilku miesiącach cierpień zmarła przy objawach zaburzeń sercowych. Nareszcie czwarta chora, starozakonna, była operowaną w Berlinie. Powróciła do Łodzi również jako ślepa z perjodycznie się powtarzającemi bólami, dopóki śmierć, która nastąpiła po kilku miesiącach, nie położyła kresu jej cierpieniom. I tu przyczyną śmierci była niedomoga sercowa, (*angina pectoris vasomotoria*).

Dwa ostatnie przypadki jaskry złośliwej są wskazówką, iż we wszystkich przypadkach jaskry ostrej i zapalnej należy zwracać szczególną uwagę na stan serca i naczyń krwionośnych. Może być, że wtedy w niektórych przypadkach jaskry leczenie przejdzie od nas okulistów do rąk lekarzy chorób wewnętrznych, a może, raczej, do neurologa.

Zbierając powyższe wyniki spostrzeżeń, musimy przyjść do wniosku, że i te masowe, jakby epidemiczne, zapadania na jaskrę i ta złośliwa postać w wielu przypadkach nie jest dorywczym zbiegiem okoliczności. Bo, jak można sobie wytłumaczyć przypadkiem fakt, iż na 50 chorych, było 4 z jaskrą w najwyższym stopniu złośliwą. To są skutki wojny.

Tutaj nasuwa się pytanie: dlaczego dopiero rok 1916 tak się wyróżniał pod tym względem? Wprawdzie w tym roku znajdowaliśmy się w Łodzi pod ciężką okupacją niemiecką. Ale nie było to już oblężenie końca 1914 roku, był to już nie plac boju. Jednakże i w tym roku przeżywaliśmy ciężkie chwile. Przemysł i handel ustał; środków do życia było coraz mniej i te były coraz droższe. Ciągłe rekwizycje, podatki i kary. Rzadko która rodzina znajdowała się w komplecie na miejscu. Ciągłe niepokojące i denerwujące wieści, ciągła niepewność życia i mienia. Tego, zaiste, dosyć, aby u ludzi wrażliwych podtrzymać stałe nerwowe przygnębienie i wyczerpanie psychiczne.

A może do wybuchu jaskry niezbędny jest dłuższy perjod przygotowawczy, półtora czy nawet dwuletni? Wszystkie bowiem przypadki złośliwe datowały się od dłuższego czasu, a przynajmniej, od kilku miesięcy. Opłakane skutki tej epidemji jaskry wystąpiły dopiero w roku 1918. W tym roku z 22 moich prywatnych przypadków jaskry, 12 było zaniedbanych, tak zwanych *glaucoma absolutum*. W tym więc roku, kiedy przypadki świeżej jaskry stały się rzadsze, przeszło połowa zgłaszających się była z jaskrą zaniedbaną. Byli to przeważnie chorzy z roku 1916, którzy, czy to wskutek trudności w komunikacji, czy przeszkód wojennych, albo też niedbalstwa lub ciemnoty doprowadzili stan oczów do zupełnej utraty wzroku. Wprawdzie i innych lat nasza prowincja dostarcza sporo jaskry zaniedbanej, ale to nie w tak znacznym stosunku do postaci świeżych, ostrych czy podostrych lub przewlekłych. I tak w roku 1916 było postaci zaniedbanych tylko 21%, a w 1917 — 19%, a więc nie 50%.

Jak widać z całego referatu, przytoczone fakty spostrzegane były na materjale miasta Łodzi i niezbyt odległej okolicy. Mówię: niezbyt odległej, gdyż dalsze podróże w tamtych latach były albo zupełnie niemożliwe, albo też bardzo utrudnione. Jak się ta sprawa przedstawia w innych okolicach kraju, przy innych warunkach bytowania w ciągu lat wojny, nie mogę powiedzieć, nie posiadając żadnych po temu danych.

Jeśli streścimy wszystko, co tu powiedziałem o jaskrze w czasie ubiegłej wojny, możemy wyprowadzić następujące wnioski:

1. Wojna sprzyja powstawaniu jaskry.
2. Największa liczba chorych na jaskrę przypadała na drugi rok wojny.
3. Ta swojego rodzaju epidemja odznacza się znacznym odsetkiem przypadków złośliwych.
4. W czasie tej epidemji szczególnie wyróżnia się przewaga chorych kobiet nad mężczyznami.
5. Nadzwyczaj jaskrawo występuje przewaga chorych żydów nad chrześcijanami.
6. Jaskra jest jednym z przejawów angioneurozy ogólnej. Jaskra złośliwa występuje wtedy, kiedy przy neurozie naczynioruchowej dotknięte jest serce.

Że ubiegła wojna była źródłem zarazy j a g l i c ą oraz innemi zaraźliwemi cierpieniami spojówki, było do przewidzenia i nikogo nie może dziwić. Wszelkie skupienia ludzi — jak pielgrzymki, pochody, obozowiska i t. p. sprzyjają szerzeniu się tych chorób. To też tembardziej musiało to zdarzać się i w naszej armji, gdzie z konieczności byli przyjmowani do wojska ludzie z wyraźną jaglicą.

Wskutek szybkości formowania armji żołnierze nie mogli być zaopatrzeni w dostateczną ilość bielizny i pościeli. Wszystko to sprawiło, iż dużo zmobilizowanych żołnierzy powróciło do domów z nabytą na wojnie jaglicą.

Tu należy dodać, iż wielu poborowych samowolnie zarażało się jaglicą, a nawet zapaleniem rzerzączkowem, aby się uwolnić od wojska. Często kończyło się to utratą jednego a niekiedy i obu oczu.

Faktem jest niezaprzeczonym, że ubiegła wojna znacznie powiększyła u nas w kraju liczbę chorych na jaglicę. Ubiegła wojna stała się roznosicielką wszelkich chorób zakaźnych, a więc duru, czerwonki, cholery i t. p. Z tych chorób dur powrotny miał pewne znaczenie w szerzeniu się chorób ocznych. Dur powrotny, stały towarzysz duru osutkowego, był częstym gościem tak w wojsku, jakoteż pomiędzy ludnością cywilną. Powikłania ze strony oczu przy durze powrotnym w czasie tej wojny były dość częste i występowały przeważnie pod postacią z a p a l e n i a j a g o d ó w k i. Powikłanie to trwało zwykle kilka miesięcy i przeważnie kończyło się wyzdrowieniem. O częstości jego mało jest danych. Według moich spostrzeżeń, na początku była ona daleko częstszą, niż później, ku końcowi wojny. Tu możnaby jeszcze zarejestrować cierpienia oczów, jako powikłania duru osutkowego i kiły. Powikłania te były jednak dość rzadkie i nie miały poważniejszego znaczenia.

Dr. W. Fałgowski, klin. kob. Poznań.

O operacyjnem leczeniu tyłozgięcia macicy.

(Dokończenie)

III.

Trzecia kategorja obejmuje takie przypadki, gdzie prócz wadliwego położenia zachodzi jeszcze rozdarcie pochwy lub krocza. Są to kobiety, które prócz przesunięcia macicy mają mniej lub więcej wybitne opadnięcie pochwy i zwykle także macicy. Oczywiście może być prócz tego macica powiększona z powodu zapalenia i z jakiego innego powodu. Już dla tego samego trzeba czasem otworzyć jamę brzuszną przez pochwę i zmniejszyć macicę.

I tutaj możnaby łatwo być skłonnym do wykonania całej operacji przez pochwę ze względu na to, że jestto operacja krótka i prosta. Trzebaby więc po plastycznej operacji i, o ile tego potrzeba, po zmniejszeniu macicy przy-

szyć trzon macicy do pochwy. Dla kobiet, zdolnych do zapłodnienia, miałaby operacja ten sam szkodliwy wpływ, o którym była mowa pod II., mianowicie byłyby one w razie zajścia w ciążę narażone na poronienie albo na bóle.

Ale i z innych powodów nie przedstawia dla tych przypadków przyszycie trzonu macicy do pochwy idealnej operacji Przy opadnięciu trzeba bowiem koniecznie zmienić oś opadową w ten sposób, aby ciężar tłoczącej na dół macicy przełożyć do tyłu, a więc do guzicy, względnie do tylnej okolicy krocza. Bez takiego przełożenia punktu ciężkości macicy nie można, mojem zdaniem, myśleć o stałem usunięciu opadnięcia. O ile bowiem dno miednicy było wiotkie i mięśnie pochwy i krocza porozciągane albo rozdarte, nie dało w moich przypadkach przyszycie trzona macicy do pochwy pożądanego rezultatu. Najdokładniejsza plastyka porozdzieranych mięśni nie wystarczyła, aby stale przeciwdziałać ponownemu opadnięciu macicy i zapobiedz nawrotowi. Przyznać się nawet muszę, że z 16 w ten sposób operowanych przypadków, z których 9 spostrzegałem później, nastąpił jeden raz nawrót. Jedna z kobiet, która nie dostała nawrotu, zaszła w dwa lata później w ciążę. Obecnie jest ona w 6 miesiącu ciąży i odczuwa chwilami ciągnięcie w brzuchu, które z pewnością występuje z powodu przyszycia trzonu macicy do pochwy. Macica leży prawidłowo. Wiek kobiet, które przeszły operację tego rodzaju, wynosi 30—56 lat. Dwie z kobiet dręczyły rok cały po operacji znaczne dolegliwości. Cystoskopijnie stwierdzić było można zapalenie okołopęcherzowe. Zapalenia pęcherza nie było.

Na podstawie moich dalszych doświadczeń przyszedłem do przekonania, że żadna inna metoda operatywna nie jest w stanie w tak idealny sposób zmienić kierunek ciągnienia prostopadle na dół tłoczącej i opadniętej macicy, jak operacja A l e x a n d e r A d a m s a. Okrągłe więzadła maciczne nie działają przy tem tak bardzo przez swą siłę ciągnienia, a zatem przez swe silne włókna, lecz, jak ster okrętu, dają **kierunek** dnu macicy, które ciągną naprzód w ten sposób, że macica całym swym ciężarem z powodu zmienionej osi podłużnej nie tłoczy na pochwę, lecz na okolicę guzicy i tylną część krocza.

Czynnikiem **powstrzymującym** jest zatem dno miednicy, które przez operację przedwstępną trzeba doprowadzić do stosunków prawidłowych. Czynnikiem **kierującym** są obydwa żagle okrągłych więzadeł macicznych.

Pouczony dwoma złemi wynikami i wielu nawrotami, o których pisano z innej strony, kierując się myślą, powyżej opisaną, nie próbowałem już później, przy wadliwem położeniu macicy, połączonem z opadnięciem, wykonać całą operację przez pochwę. Przeciwnie skracam teraz po dokładnej plastyce części pochwowej macicy, pochwy i krocza okrągłe więzadła maciczne z góry i osiągnąłem w ten sposób jaknajlepsze wyniki.

Z 32 w ten sposób operowanych przypadków spostrzegałem 16 dokładnie i stwierdziłem, że ani razu nie zaszedł nawrót, i że wszystkie były wolne od dolegliwości. Cztery z tych kobiet zaszły później w ciążę. Trzy porodziły prawidłowo żywe dzieci. Czwarta z kobiet jest obecnie w 8. miesiącu ciąży. Dotychczas nie wystąpiły u niej żadne chorobowe objawy.

Wiek w ten sposób operowanych kobiet waha się pomiędzy 28. i 52. rokiem. Większą część stanowią osoby, zmuszone w życiu prywatnem do ciężkiej pracy. Zrobiłem doświadczenie, że powyżej opisana metoda nadaje się najlepiej dla klasy **roboczej** ludności, gdyż zapobiega powstaniu nawrotów. W naszej dzielnicy, gdzie mianowicie wiejskie kobiety rodzą często, i gdzie opadnięcia macicy są rzeczą nierzadką, tem więcej, że kobiety te po porodzie oszczędzają się przez czas zaledwie krótki, wydaje operacja ta dobre i błogosławione wyniki. Zdaje się, że rzecz ma się tak samo z kobietami, pracującemi w fabrykach. Co do tej części ludności, która przeważnie zabezpieczona jest w kasach chorych, to nie mam dostatecznego doświadczenia. Dodać jeszcze muszę, że ważną i konieczną jest rzeczą, aby chorym przed opuszczeniem kliniki przepisać dobrze leżącą t. j. podług miary zrobioną opaskę brzuszną, którą operowana przez dłuższy czas po operacji nosić powinna.

IV.

Z tego, co powiedziałem, wynika, że skróceniu okrągłych więzadeł macicy przypisuję przy operacyjnem leczeniu tyłozgięcia macicy wielką, niczem nie dającą się zastąpić wartość leczniczą. Istnieje wprawdzie pewna sprzeczność pomiędzy cienkością okrągłych więzadeł z jednej strony, a z drugiej strony ich sprawnością, po której się spodziewamy, że macicę utrzyma w prawidłowem położeniu. Sprzeczność ta jest jednak tylko pozorną, gdyż, jak już mówiłem przy opadnięciach, nie polega czynność okrągłych więzadeł na tem, aby **podtrzymywać** albo **podnosić** macicę, lecz jedynie na tem, aby **dno macicy ciągnąć na przód** i podać kierunek tłoczącej osi macicy. O ile nie ma przy trzonie macicy zrostów, i o ile części pochwowej macicy nie przytwierdzają z przodu sprawy patologiczne, ustawia się macica swoją osią podłużną poprzecznie nad otworem pochwowym W tem położeniu utrzymuje ją stale ciśnienie jamy brzusznej. Temu ciśnieniu z góry, przeciwdziała z dołu dno miednicy, które o ile jego mięśnie nie są uszkodzone — razem z tkanką łączną i mięśniami, stanowiącemi przytwierdzenie macicy z boku, utrzymuje macicę w prawidłowem, ruchomo-elastycznem, ukośno strzałkowem, łukowato zgiętem położeniu.

Osobne stanowisko zajmują przypadki zaburzeń rozwojowych, polegających na tem, że już od urodzenia część pochwowa macicy jest przysunięta i przytwierdzona do przedniej ściany pochwy. Przednie sklepienie pochwowe jest w tych przypadkach z natury rzeczy złe, albo wcale nie rozwinięte. Tutaj sama operacja według Aleksander-Adamsa byłaby zupełnie bezskuteczna. W tych rzadkich przypadkach trzeba najpierw usunąć zaburzenie rozwojowe t. z. część pochwową macicy razem ze szyjką za pomocą plastycznej operacji odłączyć od przedniej ściany pochwowej. Innemi słowy trzeba najpierw zrobić sztuczne przednie sklepienie pochwowe i tem samem usunąć przytwierdzenie części pochwowej macicy do przedniej ściany pochwy. Dopiero po wykonaniu tej operacji wstępnej skraca się okrągłe więzadła maciczne. W ten sposób można wyleczyć nawet te przypadki, które zresztą spotyka się rzadko. Dwie tego rodzaju operacje, wykonane przezemnie, miały wynik korzystny. Były to przypadki z miesiączkowaniem bolesnem, które znikło prędko po operacji. Czy i zachodzącą równocześnie bezpłodność zdoła usunąć operacja, nie da się jeszcze orzec ze względu na to, że obserwacja trwa za krótko. Wiek chorych wynosi 24—27 lat.

Już dawniej w pracy mej [1]) o wyniku badań cystoskopowych po gynekologicznych operacjach wykazałem, że po przyszyciu trzonu macicy do pochwy lub do ściany brzusznej i po wszczepieniu macicy pomiędzy pęcherz i pochwę pozostają często objektywnie dające się stwierdzić zmiany w pęcherzu, które w okresie wyzdrawiania, a także i później wywołują silne bóle. Te zmiany w pęcherzu polegały w większej części przypadków na tem, że w około pęcherza potworzyły się pasma, co zresztą łatwo sobie wytłumaczyć, ponieważ przez taką operację przytwierdza się sztucznie macicę w bezpośredniem sąsiedztwie pęcherza.

S i e b e r stwierdził daleko posunięte zmiany w pęcherzu, a nawet stałe zaburzenia po przyszyciach macicy do pochwy. Co do moich przypadków, operowanych w 6 latach, to obliczyłem, że 11% przechodziło po przyszyciu trzonu macicy do pochwy zaburzenia pęcherzowe. Z tego wynika, że wszystkie operacje, ustalające bezpośrednio macicę, przy których szwy zakłada się przez macicę, wykazują większą **chorobliwość** niż operacja Aleksander-Adamsa. **Stan pęcherza** po operacjach, poprawiających położenie macicy, powinno się mojem zdaniem wiele więcej uwzględniać w statystykach i także podług tego oceniać wartość poszczególnych operacyj. Żądanie to postawiłem już na Kongresie ginekologicznym w Petrogradzie i ponowię je na przyszłym Kongresie w Nowym Jorku.

---

[1]) Zeistschrift für gynaekol. Urologie 1909 Nr. 5. Tom I.

Po przytwierdzeniu macicy do ściany brzusznej, operacji, której osobiście nigdy nie wykonuję, widziałem raz w r. 1910 poronienie, które dokładnie mogłem obserwować. Rzecz jasna, że wywołało je przytwierdzenie macicy do ściany brzusznej. W czwartym miesiącu ciąży wystąpiły silne bóle brzucha w okolicy przytwierdzającej bliznę. Ustały one dopiero po urodzeniu płodu w końcu 5 miesiąca ciąży. Ponieważ przydatki były niezmienione, nie było można znaleźć innego wytłómaczenia dla bólu, jak przebytą operację, która jest nielogicznem, bo zupełnie niefizjologicznem przytwierdzeniem macicy, jeżeli szwy przytwierdzające bieżą bezpośrednio przez mięsień macicy, tak jak było w tym przypadku.

Prócz tego stwierdziłem, że i bez zajścia w ciążę jest przytwierdzenie macicy do ściany brzusznej często powodem różnych dolegliwości i zrostów. Ponieważ aż w dwóch przypadkach musiałem sztucznie rozluźnić dawniej wykonane sztuczne przytwierdzenie, zrozumie każdy, że osobiście odczuwam pewną niechęć do przyszycia macicy bezpośrednio do ściany brzusznej (mam tu wciąż na myśli ventrifiksację).

W przeciwieństwie do wszystkich macicę bezpośrednio przytwierdzających i unieruchomiających operacyj uznaję, mówiąc ogólnie, tylko jeden sposób poprawienia położenia, opierający się na prawidłach fizjologicznych t. j. skrócenie okrągłych więzadeł. Ono też daje najlepsze szanse co do wyleczenia stałego. Macica pozostaje po tej operacji ruchoma i swobodnie zawieszona a przytem ani macica, ani inne narządy sąsiednie — mianowicie pęcherz — nie doznają żadnego uszkodzenia przez sztucznie stworzone zlepy i zrosty.

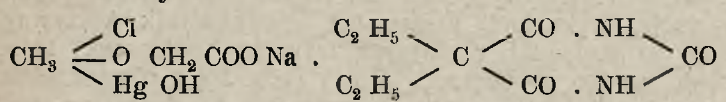
Z praktyki.

Dr. Otmar Reiner. Wiedeń.

Ze spostrzeżeń nad nowasurolem jako środkiem moczopędnym.

Z I go oddziału chorób wewnętrznych szpitala kupiectwa wiedeńskiego we Wiedniu.
(Prymarjusz Prof. H. Schuz).

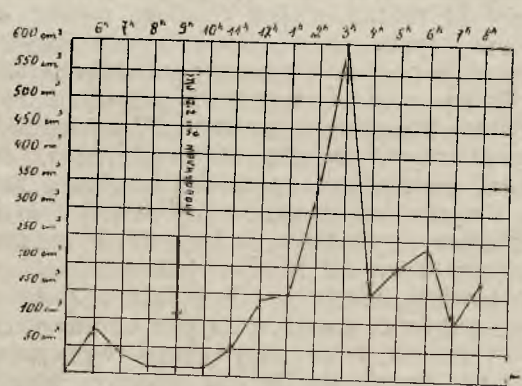
Novasurol jest to rozpuszczalne połączenie rtęci o składzie chemicznym:



Środek ten wyrabiany przez firmę Bayer — został oddany do rąk lekarzy, jako lek przeciwkiłowy, a stosowany jako taki przez Saxla, okazał też własności moczopędne. Saxl też pierwszy opisał jego własności moczopędne. Fabryka dostarcza tego środka w ampułkach zawierających 1,2 cm³=0,041 Hg i 2,2 cm³=0,075 Hg.

Novasurol wstrzykujemy wśródmięśniowo w ilości 2,2 cm³, najlepiej w pośladki. Zaznaczyć tu muszę, że nigdy nie zauważyłem nacieków, nigdy też chorzy nie skarżyli się na bóle w miejscu wstrzyknięcia. Haggeney podaje, że stosował novasurol śródżylnie, a to szczególnie wtedy, gdy obawiał się utrudnionego wchłaniania novasurolu przy obrzęku w okolicy pośladków, i twierdzi, że środek ten, i w ten sposób stosowany, znoszą chorzy zupełnie dobrze. Wstrzykiwaliśmy novasurol co drugi dzień, stosując go w przypadkach niewyrównanych wad serca, niedomogi mięśnia sercowego z następowemi obrzękami zastoinowemi i przesiękami, a szczególnie przy *aortitis luetica* z niedomykalnością zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej. Haggeney używał też novasurolu w nephrosis, tak kiłowej jak i amyloidowej, czego myśmy nie robili, bo do rzadkości należą czyste postacie zwyrodnienia kanalików nerkowych, a przy schorzeniu kłębków, jak wiemy od dawna, rtęć jest przeciwskazaną. W przypadkach tych przekonaliśmy się, że pędzenie moczu po novasurolu wzmagało się nawet tam, gdzie nie pomagały środki takie jak digitalis, teophylina, diuretyna, thyreoidyna i odpowiednia djeta. Doświadczalnie przekonaliśmy się, że pędzenie moczu wzmaga się znacznie po wstrzyknięciu novasurolu także u chorych bez wszelkich obrzęków, przesięków lub wysięków. W wielu wypadkach mogliśmy zauważyć, że chorzy z obrzękami po wstrzykiwaniach novasurolu tracili na wadze więcej, aniżeliby to odpowiadało wydalonej ilości moczu, w czem nasze spostrzeżenia zgadzają się ze spostrzeżeniami Saxla, i stąd zgodnie z nim przyjąć musimy, że pod wpływem novarusolu mamy do czynienia z większą *„perspiratio insensibilis“*.

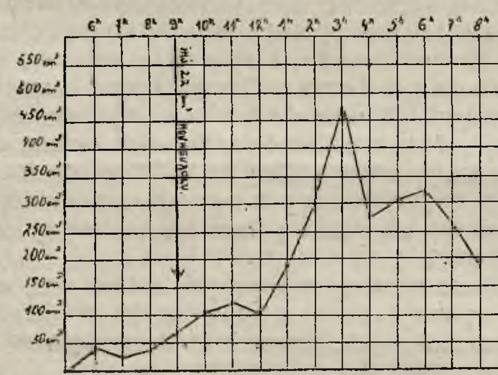
TABLICA I.



Chory S. z *aortitis luetica i insuffic, valv. aortae decomp*, u którego przez 3 dni przed injekcją novarusolu wyniosła dobowa ilość moczu po 700 cm³.

W nocy wynosiła ilość moczu 750 cm³ t. j. przez 24ʰ = 2.800 cm³.

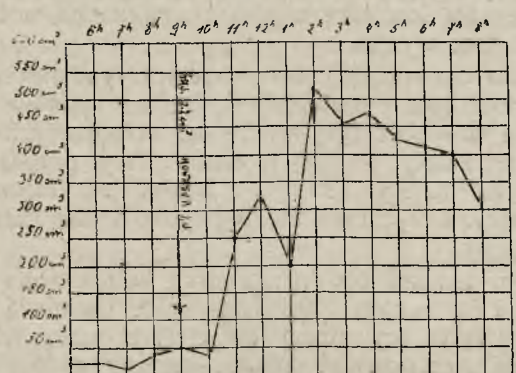
TABLICA II.



Chora K. z *insuffic. valv. mitr. decomp.*, u której przez 3 dni przed injekcją Novasurola wynosiła dobowa ilość moczu po 400 cm³.

W nocy wynosiła ilość moczu 1200 cm³ t. j. przez 24ʰ = 5040 cm³.

TABLICA III.



Chora M. z *Emphysema pulmonum, Arteriosclerosis univ. Myocarditis chron, Hydrops universali*, u której przez 3 dni przed injekcją Novarusolu wynosiła dobowa ilość moczu po 500 cm³.

W nocy wynosiła ilość moczu 950 cm³ t. j. przez 24ʰ = 4285 cm³.

Dla przykładu podaję tu kilka krzywych, ilustrujących pędzenie moczu po novasurolu i zaznaczam, że ilość moczu u tych chorych wynosiła przed zastosowaniem novasurolu około 300 – 600 cm³ na dobę.

Z krzywych tych wynika, że pędzenie moczu szybko się wzmaga i dochodzi swego szczytu w 6 godzin po wstrzy-

knięciu novasurolu. U wielu chorych zauważyć można było zwiększone pędzenie moczu i także na drugi dzień po wstrzyknięciu; ilość dobowa moczu wynosiła tu około 1000—1500 cm^3. Na trzeci dzień po wstrzyknięciu działanie novasurolu nie uwidoczniało się więcej i dopiero następne wstrzyknięcie zwiększało ilość moczu, która naturalnie w miarę ustępowania obrzęków i przesięków stawała się coraz mniejszą.

Z pośród kilkudziesięciu bardzo dokładnych spostrzegań nie wybrałem powyższych przykładów, jako szczególnie charakterystycznych, bo prawie wszystkie przypadki wykazują podobne zachowanie się po wstrzyknięciach. Są jednakże chorzy, u których novasurol pędzenia moczu nie wzmaga i to chciałbym szczególnie zaznaczyć, gdyż o ile pędzenie moczu nie wzmaga się, a środek stosuje się dalej, to zauważyć się dają objawy zatrucia rtęcią takie, jak *stomatitis i colitis*, objawy te jednakże mijają wkrótce, skoro się novasurol odstawi na czas, i nie pozostawiają żadnych poważnych następstw. Objawów krwiomoczu po wstrzyknięciach novasurolu nie zauważyłem nigdy, choć objawy zatrucia spostrzegałem u chorych z białkomoczem zastoinowym. Chorym, u których wystąpiło rtęciowe zapalenie dziąseł lub okrężnicy lub obie te sprawy razem, po ustąpieniu zatrucia podawałem novasurol dalej i przekonałem się, że diureza wzmagała się w podobny sposób, jak wykazują krzywe, i że przy następnych wstrzykiwaniach objawy zatrucia często już się nie powtarzały. Sądzę, że te objawy zatrucia, które, choć rzadko się zdarzają, nie są tego rodzaju, by obawa przed nimi kazała nam novasurol uważać za środek niebezpieczny i nieodpowiedni, a to szczególnie dlatego, że objawy te szybko i bez następstw mijają, a także dlatego, że w novasurolu posiadamy środek moczopędny, działający nawet w tych wypadkach, w których inne środki lecznicze bezwzględnie zawodzą. Na podstawie moich doświadczeń doszedłem do przekonania, że chorzy, u których wystąpiły objawy zatrucia rtęcią, następne wstrzyknięcia znoszą często dobrze, co tłumaczę sobie w ten sposób, że tolerancja dla rtęci podniosła się. Po pierwszem wstrzyknięciu novasurolu nie widziałem u żadnego z moich chorych objawów zatrucia. Zatrucia takie mogłyby wystąpić, lecz byłyby według mego zdania tylko dowodem idiosynkrazji do rtęci, której przecież nigdy przewidzieć nie można, a z którą liczyć się musimy przy stosowaniu wogóle każdego środka rtęciowego.

Ostatnio opisał Marlinger przypadek śmierci po novasurolu. Według mego jednakże zdania związku między novasurolem a śmiercią autor wcale nie udowodnił. Chodziło mianowicie o chorą, która z powodu kiły przechodziła już cały szereg leczeń przeciwkiłowych, a także jakieś leczenie przed zgłoszeniem się do Marlingera. W tym czasie chora ta skarżyła się na częste bóle głowy. Badanie układu nerwowego nie dało żadnych przedmiotowych wyników; płynu mózgowordzeniowego Marlinger nie badał. Autor zastosował wstrzyknięcie novasurolu i na 5-ty dzień potem został zawezwany do chorej, u której stwierdził sztywność karku, kloniczne drgawki twarzy po stronie prawej i nieprzytomność. Objawy te następnego dnia ustąpiły, na drugi dzień jednak znowu powróciły wraz z drgawkami klonicznemi twarzy, powtarzającemi się co 15 minut. W tym stanie chora tego samego przedpołudnia zmarła. Sekcji nie wykonano. Dodać należy, że Marlinger stwierdził u chorej ciepłotę 39° C. Na podstawie tych objawów rozpoznaje Marlinger *Encephalitis haemorrhagica* po wstrzyknięciu novasurolu, jako powód zejścia śmiertelnego. Pominąwszy to, że rozpoznanie *Encephalitis haemorrhagica* wcale nie należy do łatwych i że do postawienia go nie wystarczy dziś samo oglądanie chorego, zauważyć trzeba, że odniesienie wyżej opisanego przypadku śmierci do wstrzyknięcia novasurolu wydaje mi się trochę za śmiałe. Zauważyć też muszę, że przeglądając piśmiennictwo dotyczące otruć rtęcią nie spotkałem się z tem, by rtęć wywoływała *Encephalitis haemorrhagica*. Nie spotkałem się też nigdzie w piśmiennictwie o *encephalitis haemorrhagica* z podaniem, by etjologicznym jej momentem było zatrucie rtęcią. W przypadku Marlingera zaszła zapewne śmierć z powodu *meningitis luetica*, choroby bardzo rzadkiej lecz znanej, lub śmierć z powodu jakiegoś ogniska kiłowego w mózgu, które pod wpływem energicznego leczenia przeciwkiłowego świeżo powstało lub jako przedtem istniejące teraz dopiero się ujawniło, o ile powodem śmierci nie była wogóle jakaś choroba zakaźna, co rozstrzygnąć dałoby się tylko przez badanie płynu mózgowordzeniowego za życia, lub przez sekcję zwłok, czego jednak Marlinger nie zrobił.

Co do sprawy mechanizmu pędzenia moczu po wstrzyknięciu novasurolu, to dają nam pewne wyjaśnienia badania Saxla i Heiliga, którzy starali się wykryć punkt zaczepienia działania novasurolu. Nie mogę tu dokładnie opisywać doświadczeń Saxla i Heiliga, chcę tylko nadmienić, że z badań ich wynika, że NaCl i H_2O po wstrzyknięciu novasurolu bardzo szybko wydzielają się przez nerki. To wydzielanie nie jest zależne od zawartości NaCl i H_2O we krwi, natomiast zależy od zwiększenia się ilości NaCl w tkankach, względnie w cieczy tkankowej i przesiękach, i od uwolnienia w nich H_2O. Obaj ci badacze znaleźli pod wpływem novasurolu zwiększoną ilość NaCl w moczu, a równocześnie zmniejszoną ilość NaCl w krwi i zwiększoną ilość NaCl w przesięku. Ta zwiększona ilość NaCl w tkankach jest według Saxla i Heiliga głównym regulatorem wydzielania NaCl przez nerki. Ponieważ w tkankach względnie w cieczy tkankowej pod wpływem novasurolu uruchomiony zostaje chlorek sodu, dlatego nerka wydziela więcej NaCl. Nerka ma otrzymać rozkaz wydzielania NaCl z tkanek, a ponieważ na energiczny ten rozkaz odpowiada nerka szybkiem wydzielaniem NaCl, dlatego krew ubożeje w NaCl, który tylko powoli z tkanek przejmuje. Podobnie jak NaCl zachowuje się H_2O. Na mocy tych badań dochodzą Saxl i Heilig do przekonania, że punkt zaczepienia działania novasurolu nie leży ani w krwi, ani w nerce, tylko poza niemi, w tkankach.

Zbierając to wszystko, co o novasurolu napisałem, powiedzieć musimy, że przez wprowadzenie novasurolu wzbogacony został nasz zapas środków leczniczych, gdyż novasurol działa tam, gdzie inne środki moczopędne nie działają. Skoro się dokładnie bada ilość moczu i odstawia novasurol natychmiast, skoro diureza się nie wzmaga, to stosowanie novasurolu nie jest połączone z żadnem niebezpieczeństwem dla chorego.

Sporadycznie występujące objawy zatrucia w postaci *stomatitis* i *colitis mercurialis* ustępują bez następstw, skoro się novasurol natychmiast przestaje podawać, z drugiej jednak strony podawany następnie tym samym chorym novasurol jest zwykle dobrze znoszony, co jest dowodem zwiększonej tolerancji dla Hg, względnie przyzwyczajenia ustroju.

Przedewszystkiem wskazany jest novasurol przy wadach serca w okresie niewyrównania z obrzękami i przesiękami szczególnie przy *aortitis luetica* z niedomykalnością zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, a także przy wszystkich niedomogach mięśnia sercowego z następowemi objawami zastoinowemi, oprócz tej niedomogi, która wywołana jest przez zapalenie nerek.

Przy stanach zwyrodnienia kanalików nerkowych, a więc nephrosis, nie radziłbym używać novasurolu, chyba tylko przy *nephrosis luetica* i to tylko wtedy, gdy na mocy bardzo dokładnych badań zyskało się pewne zupełnie przekonanie, że proces chorobowy nie uszkodził w zupełności kłębków nerkowych.

Piśmiennictwo:

Haggeney: Novasurol als Diureticum. Mediz. Klinik Nr. 2 z roku 1922. — Nonnenbruch: Münchner Med. Woch. Nr. 40 z roku 1921. — Saxl: Wiener klin. Woch. Nr. 43 z roku 1920. — Saxl i Heilig: Wiener Archiv für innere Medizin III. Bd. 1922. Marlinger: Mediz. Klinik. Nr. 4. z roku 1922.

Sprawozdania poglądowe

Doc. Dr. Jan Grek. Lwów.

O durze osutkowym.

Ze Szpitala wojskowego L. 2. (epidem.) we Lwowie. (Dowódca ppłk. lek. dr. Grek) i Kliniki lekarskiej Uniw. J. K. (Dyrektor Prof. Dr. Rencki).

(Ciąg dalszy)

Osutka: Najważniejszym objawem djagnostycznym, rzucającym się w oczy przy durze osutkowym, jest wysypka,

dzięki której choroba ta otrzymała swoją nazwę. W pierwszych początkach pojawiania się bardzo podobna do różyczki duru brzusznego, w dalszym swoim rozwoju przypominać może świeżą wysypkę kiłową lub toksyczną różycę po zatruciu środkami lekarskiemi, a nawet czasem przybiera podobieństwo do wysypki odrowej. Jeżeli jednak obserwujemy wysypkę w durze osutkowym przez cały czas rozwoju i jeżeli uwzględnimy jej lokalizację, to zachowuje się ona na ogół tak charakterystycznie, tak typowo, iż rzeczywiście stanowi najważniejszy objaw rozpoznawczy, na jakim poważnie oprzeć się możemy.

Bardzo rzadko w 2 lub 3-cim, najczęściej w 4—5 lub nawet 6-tym dniu choroby, zjawiają się na skórze chorego pojedyncze lub w grupkach różowe plamki, podobne do różyczki duru brzusznego, o zabarwieniu różowo czerwonem, znikające pod uciskiem. Prócz plamek, w pewnych przypadkach duru osutkowego, tworzą się również guzki, barwy żywo-różowej, widoczne i wyczuwalne, różnej wielkości, podobnie jak plamki. Pojawianie się wysypki guzkowej uważają nieliczni autorowie, wspominając o tym objawie w ostatnich czasach, jako rzecz bardzo rzadką; my u naszych chorych mieliśmy możność stwierdzać wysypkę guzkową względnie często, zaś Kostrzewski, zwracając na to pilną uwagę, u swoich chorych, stwierdził ją w 27% przypadków. Prócz guzków na skórze chorego znajdują się zawsze plamki, wysypki czysto guzkowej nie spotyka się nigdy. W przypadkach wysypki plamisto-guzkowej powstają równocześnie plamki i guzki, w dalszym przebiegu guzki przypłaszczają się i przechodzą w plamki. To też w tych przypadkach wysypka świeża zawiera więcej guzków a mniej plamek, im wysypka starsza, tem znajdujemy więcej plamek, a mniej guzków. Plamki powstałe z przypłaszczonych guzków nie różnią się w wyglądzie niczem od plamek powstałych od początku jako takie, to też w przypadkach wysypki starszej, czysto plamistej, nie można rozstrzygać, czy w początkach choroby nie miało się do czynienia z wysypką plamisto-guzkową. W odróżnieniu od duru brzusznego pojawia się w przebiegu duru osutkowego wysypka najczęściej najprzód na górnej części tułowia w okolicy obojczyków, na grzbiecie w okolicy łopatek, jakoteż na przedramieniu, po stronie zginaczy. I podczas gdy przy durze brzusznym pierwsze różyczki znikają, na miejsce ich występują zaś nowe, tak, że mamy często obraz ciągle świeżych plamek, to przy durze osutkowym do utrzymujących się dawnych występują coraz to nowe i w przeciągu jednego lub dwóch, rzadziej kilku dni, wysypka uzyskuje swe najwyższe natężenie. W mniejszym lub większym stopniu obfita, pokrywać ona może skórę tułowia, kończyn górnych, grzbiet ręki i palców, czasem nawet dłoń. Wystąpić może na skórze szyji i czoła a nawet twarzy, co w kilku przypadkach miałem sposobność stwierdzić. Nie brak jej często na kończynach dolnych, aczkolwiek w mniejszym stopniu dochodzić może i do grzbietu nogi a nawet wystąpić na podeszwie.

W czasie dalszego rozwoju zatraca wysypka coraz bardziej swój początkowy charakter różyczki, zmieniając swą formę więcej okrągłą, przyczem czasem poszczególne różyczki zlewają się w większe nieregularne plamki, zmieniając również swe zabarwienie. Świeżo żywo-różowe plamki bledną, przybierając barwę różowo-brunatną, czasem sinawą, wreszcie brudno-czerwoną, a o ile przechodzą w postać krwotoczną, rdzawą. W pewnych przypadkach sinawa barwa wysypki trwa od początku do końca. Pomiędzy w ten sposób zmienionemi plamkami pojawiają się świeże różyczki, które znowu po pewnym czasie ulegają wyżej opisanej przemianie tak co do formy jak i wyglądu. Zmienione w ten sposób plamki nie znikają już pod uciskiem, aczkolwiek nieco bledną — przybierają charakter petociowy. Ta właśnie petociowa osutka jest swoistą dla duru osutkowego. Nie wszystkie jednak plamki ulegają tej przemianie, nie każda plamka w całości. Często spostrzedz można w samym środku plamki wybroczynkę krwawą, czasem tylko jako punktowatą wybroczynę, w innych znowu przypadkach cała plamka ulega przemianie krwotocznej, jak przy *purpura haemorrhagica*. Im cięższy przebieg, tem więcej plamek ulega przemianie krwotocznej, nie należy tego jednak uważać za regułę. W przypadkach lżejszych w ciągu drugiego tygodnia, w przypadkach cięższych z ukończeniem procesu chorobowego a czasem nawet dopiero w rekonwalescencji, znika wysypka, nie pozostawiając zupełnie śladów po sobie lub też żółtawo-brudne, pigmentowane plamki, utrzymujące się czasem przez czas dłuższy. Zwykle w tym czasie na skórze występuje lekkie łuszczenie, które zresztą łatwo wywołać można, pocierając nieco silniej skórę opuszką palca. Jest to objaw Brauer'a, o którym jeszcze wspomnę przy rozpoznawaniu różniczkowem.

Dodać jeszcze muszę, że mieliśmy przypadki, co prawda bardzo nieliczne, w których wysypka wystąpiła dopiero w 9 a nawet 10 tym dniu choroby, u jednego z chorych Kostrzewskiego pojawiła się wysypka dopiero w szesnastym dniu choroby, na trzy dni przed spadkiem gorączki.

Pod względem histologicznym przedstawia się obraz różyczki duru osutkowego, opisany i ustalony przez Fraenkla, Mehaffa, Grzywo-Dąbrowskiego i innych, zupełnie charakterystycznie, i pozwala na ścisłe odróżnienie od innych różyczek, jak duru brzusznego, rzekomego itp Mianowicie w obrębie różyczki, a także w innych miejscach i narządach ciała, powstają pewne swoiste zmiany w drobnych naczyniach, które polegają na bujaniu komórek błony zewnętrznej naczyń. Wskutek tego bujania naokoło naczynia tworzą się zgrubienia, otaczające ścianę naczynia w kształcie mankietu W ściance naczynia, w sąsiedztwie bujających komórek, występują zmiany wsteczne nawet martwicowe, zaś w samem naczyniu przychodzi do utworzenia się zakrzepów. Naokoło takich miejsc w naczyniach występują często wybroczynki krwawe

Czy mogą być przypadki duru osutkowego bez wysypki, tego rozstrzygać nie mogę, w każdym razie należeć one będą do wielkich rzadkości. Musimy pamiętać jednak o tem, że wysypka może być nadzwyczaj skąpa, ledwie widoczna, jak to często zdarza się u dzieci, a wówczas daje się stwierdzić tylko przy bardzo dokładnem badaniu, jak również trwać może tylko przez czas krótki i w ten sposób ujść uwadze lekarza.

Układ nerwowy środkowy w przebiegu duru osutkowego wykazuje najważniejsze może zaburzenia, to też usprawiedliwioną jest nazwa »gorączki nerwowej«, jaką dawniejsi klinicyści nadawali tej chorobie. Silne bóle głowy, występujące prawie zawsze od początku choroby, są objawem stalszym, aniżeli przy durze brzusznym, a umiejscowione są przeważnie w okolicy czołowej i skroniowej. Również często występują i zawroty głowy, widoczne szczególnie u chorych, którzy jeszcze nie leżą stale w łóżku. Dokuczają choremu silne bole w kończynach dolnych i krzyżach, bezsenność, podrażnienie, a wreszcie pewna apatja i otępienie. Nieco później do objawów tych dołącza się bredzenie, występujące początkowo tylko w nocy, później jednak, zwłaszcza w ciężkich przypadkach, bredzenie utrzymuje się prawie stale aż do spadku gorączki. Zwykle z końcem pierwszego a początkiem drugiego tygodnia przychodzi do zupełnej utraty przytomności. Występuje wówczas często mniej lub więcej wyraźna sztywność w karku, jak również pewne napięcie mięśni szkieletowych. W przypadkach ciężkich spostrzegać można czasem pewien stan kataleptyczny „*flexibilitas cerea*", tj. kończyna chorego w ciągu pewnego czasu, może pozostać w tej pozycji, w jakiej ją się sztucznie ustawi. Ten stan otępienia i bezwładu u niektórych chorych zmienia się w stan podniecenia a nawet obłędu. Chory staje się niespokojnym, zrywa się z łóżka, krzyczy, ucieka przed siebie, rzuca się nawet czasem na otoczenie, a nie pilnowany może uledz wypadkowi. Stan takiego podniecenia może trwać kilka lub kilkanaście godzin, a nawet kilka dni; po okresie takiego podniecenia występuje tem silniejsze ogólne osłabienie. Zaburzenia te mózgowe mają duże znaczenie prognostyczne; im wcześniej i wybitniej wystąpią, tem w większem niebezpieczeństwie znajduje się chory. Często dopiero pod koniec drugiego tygodnia objawy mózgowe ustępują, chory się uspokaja a wreszcie zapada w głęboki, spokojny sen, świadczący wymownie o mijającem niebezpieczeństwie.

Jednak i chorzy, którzy ulegają tej chorobie, w tym czasie stają się spokojniejsi, pozostając w głębokiej, spokojnej nieprzytomności. Występuje u nich pewien stan ciężkiego zapadu, nazwany przez Jenner'a *Coma vigile*. Chory leży wówczas z szeroko otwartemi, błędnemi oczyma, blady, z sinicą twarzy i kończyn. Usta na wpół otwarte, język suchy,

lekkie drgania mięśni, ust i nosa, a wreszcie bełkocąca mowa. Tony serca bardzo głuche, tętno silnie przyśpieszone, ledwie wyczuwalne, palce rąk w ciągłym ruchu pląsawicznym, porażenie pęcherza i odbytnicy, wreszcie występujące od czasu do czasu ogólne drgawki. I chociaż stosowane w tym czasie środki nasercowe sprowadzić mogą czasowe polepszenie akcji serca, to jednak ciężkie objawy mózgowe nie ustępują i prowadzą zwolna do katastrofy. Wytłumaczenie tych powyżej opisanych objawów jakoteż i innych znaleść możemy do pewnego stopnia w swoistych zmianach zapalnych mózgu, jakie spotykamy w każdym prawie przypadku sekcyjnym. Te same bowiem zmiany, jakie w skórze opisał Fraenkel i inni, pod postacią *periarteriitis nodosa*, spotykamy również i w naczyniach mózgu. Zależnie od umiejscowienia tych zmian w mózgu i wpływu ich na substancję mózgową, występuje większe lub mniejsze uszkodzenie danego centrum i w tem uszkodzeniu będziemy mieli wytłumaczenie dla różnorodności objawów nerwowych, zmian wazomotorycznych, pogarszania się i poprawiania stanu nerwowego, wytłumaczenie dla nieprzewidzianych skoków w przebiegu a wreszcie dla całego szeregu objawów pozornie nie dających się usprawiedliwić.

Nie powinno więc nas dziwić nagłe pogorszenie się choćby z dnia na dzień tętna, jako następstwo zmian na dnie czwartej komory, skoki temperatury, zjawienie się cukru w moczu z powodu analogicznej lokalizacji, gwałtowne obniżenie parcia — uszkodzenie centrum wazomotorów, zwiększone parcie w kanale kręgowym, jako następstwo zmian naczyniowych w splotach naczyniowych itd. Te zmiany anatomopatologiczne wytłumaczyć nam mogą także pewne uszkodzenia nerwowe pochorobowe.

Stałym do pewnego stopnia towarzyszem duru osutkowego jest nieżyt dróg oddechowych. Już bardzo często w okresie wylęgania, a częściej w pierwszych dniach choroby, lekko przychrypnięty głos, jak również suchy, urywany kaszel, jest następstwem obrzęku i przekrwienia błony śluzowej, gardła, krtani i grubych oskrzeli. To zajęcie nieżytowe górnego odcinka dróg oddechowych na samym początku choroby, wprowadzić może lekarza badającego w błąd, nasuwając mu mylne przypuszczenie, iż ma do czynienia z ostrą anginą lub też np. z grypą. Objawy zapalne z górnego odcinka dróg oddechowych przechodzą z postępem choroby często i na oskrzela, tak, iż znacznej liczbie przypadków duru osutkowego towarzyszy rozlany nieżyt oskrzeli. O rzadziej zdarzających się poważniejszych zmianach ze strony krtani i płuc wspomnę przy omawianiu powikłań.

Dość charakterystycznie zachowuje się i wygląd języka, mogąc dawać pewne wskazówki rozpoznawcze. Od samego początku biało-szarawym mułem obłożony, po kilku dniach choroby przyjmuje barwę szaro-żółtawą, zieloną, tylko brzegi, a także koniuszek języka, pozostają czerwony. Często cały język jest jakby obrzmiały, drży przy wysunięciu a niekiedy ma chory pewną trudność przy wysuwaniu go z ust, co francuscy autorowie chcą uważać za specjalną cechę przy durze osutkowym. Język obłożony trwa przez cały ciąg choroby a nawet w początkach rekonwalescencji. Przy zaniedbywaniu hygjeny jamy ustnej łatwo powstaje *foetor ex ore*, obrzęki i krwawienia z dziąseł.

W jamie ustnej prócz zaczerwienienia i obrzęku błony śluzowej gardła i migdałków spotkać można nierzadko na błonie śluzowej policzków a także na podniebieniu miękkiem skąpą wysypkę analogiczną jak na powłokach skórnych.

Najczęstszym objawem ze strony przewodu pokarmowego już w okresie wylęgania, a także i w dalszym przebiegu duru osutkowego, jest zaparcie stolca. Niekiedy pod koniec pierwszego tygodnia lub też z początkiem drugiego występują mniej lub więcej silne rozwolnienia, trwające nie dłużej, jak parę dni, a ustępujące zwykle samoistnie. Brak apetytu, który pojawia się już w pierwszych dniach choroby, czasem w okresie wylęgania, podczas trwania choroby zmienia się często we wstręt do jadła. Łaknienie wraca z okresem zdrowienia i wówczas prawdziwy »wilczy apetyt« jest częstem bardzo zjawiskiem.

Wątroba ulega często lekkiemu powiększeniu, co stwierdzić się daje wypukiem i obmacywaniem; z początkiem drugiego tygodnia występuje nie rzadko lekkie podżółtaczkowe zabarwienie skóry.

Powiększenie śledziony, zwykle nie dużego stopnia, stwierdzić się daje już w pierwszych dniach choroby i śledziona wówczas jest średnio miękka, rzadko tkliwa na ucisk. Zwykle w połowie drugiego tygodnia obrzęk śledziony ustępuje, przetrwać on jednak może także w pewnych przypadkach aż do spadku gorączki, do czasu poczynającego się zdrowienia.

Nieznaczne zaburzenia ze strony układu moczowego spotyka się w przebiegu duru osutkowego bardzo często. Zjawienie się białka w moczu, zwykle w małej ilości, jest bardzo częste, już rzadziej znaleść można w osadzie wałeczki szkliste, wyjątkowo i ziarniste. Zapalenie nerek, o którem wspominają niektórzy autorowie, musi być powikłaniem bardzo rzadkiem; my nie spotykaliśmy go u naszych chorych. W przypadkach bardzo ciężkich wystąpić może *incontinentia urinae*, częściej pewne utrudnienie w oddaniu moczu trwające i kilka dni, a zmuszające do użycia cewnika.

Odczyn dwuazowy w moczu zjawia się w każdym prawie przypadku i to dość wcześnie, gdyż już w połowie pierwszego tygodnia, utrzymuje się przez cały ciąg choroby aż do spadku ciepłoty. Tem swojem wczesnem wystąpieniem, wcześniej aniżeli przy durze brzusznym, ma dużą wartość jako środek pomocniczy rozpoznawczy.

Opryszczkę wargową spostrzegał Curschmann w 5 4% przypadków duru osutkowego, Jochmann w 4%, a również i Sterling kilka razy, jak podaje. My u naszych chorych opryszczki wargowej nie spotykaliśmy nigdy, a wystąpienie tego objawu zwracało nam zawsze uwagę, że mamy do czynienia z innem schorzeniem, co też potwierdziło z reguły dalsze spostrzeganie.

Prócz swoistej osutki, zresztą w rzadkich tylko przypadkach, wystąpić może rozlane zaczerwienienie skóry na szyji, piersiach lub plecach, nawet w postaci dużych plam, przypominających wysypkę odrową. Zmiany te znikają jednak bardzo szybko, często po kilku godzinach.

Kilka razy stwierdzić mogliśmy u naszych chorych tak zwaną *miliaria crystallina*, o której pierwszy wspomina Curschmann. Jest to swoista wysypka, którą tworzą liczne drobniutkie pęcherzyki, wielkości łebka od szpilki, wypełnione jasnym płynem, a pojawiające się na brzuchu, piersiach i okolicy podpachowej, już pod koniec choroby.

Poty w durze osutkowym są zjawiskiem rzadkiem, zdarzają się jednak raczej już pod koniec okresu gorączkowego.

Pewne cechy charakterystyczne dla duru osutkowego znajdujemy i w zachowaniu się obrazu krwi. Już Curschmann zwrócił uwagę na zmniejszoną ilość ciałek czerwonych krwi w przebiegu duru osutkowego, a fakt ten potwierdziły również badania Rabinowitscha i Wolffa. Według Wolffa liczba ciałek czerwonych spada wyraźnie w przebiegu duru osutkowego od początku choroby aż do spadku gorączki, a nawet do pierwszych dni zdrowienia, z postępem zaś rekonwalescencji, następuje znowu szybkie zwiększenie liczby krwinek czerwonych. Wraz ze spadkiem ilości ciałek czerwonych krwi, wzrasta wyraźnie wskaźnik hemoglobiny, osiągając nawet dość wysokie cyfry, świadczące, iż podobnie jak przy niedokrwistości złośliwej, hemoglobinę pozostałą po rozpadłych ciałkach czerwonych krwi zużytkowują inne ciałka. Co się tyczy zachowania się ciałek białych we krwi, to ponieważ ani leukocytoza, na którą wskazuje Combemale (przytoczony przez Curschmanna), nie jest stałem, aczkolwiek bardzo częstem zjawiskiem przy durze osutkowym, ani mononucleosa podawana przez Gabcesco i Slatineano, nie jest charakterystyczną dla tegoż cierpienia, ani też komórki plasmowe nie dadzą się, jak to chce Rabinowitsch, zużytkować dla celów różniczkowo-rozpoznawczych, dlatego może badania M. Reichensteina zasługują w znacznym stopniu na uwagę.

Reichenstein mianowicie opiera wyniki swoich badań na 26 przypadkach epidemjologicznie, serologicznie i klinicznie stwierdzonego duru osutkowego, w których badania obrazu morfologicznego krwi były dokonywane codziennie

w tych samych porach dnia, i na 40 innych przypadkach, sporadycznie w rozmaitych okresach choroby badanych — razem przeszło 400 badań. Wyniki tych badań dają się streścić w następujących zdaniach:

I. W okresie przedwysypkowym, powstającej i uogólniającej się wysypki przy durze plamistym, tj. w pierwszym tygodniu choroby spotykamy:

1. Procentowy wzrost leukocytów wielojądrzastych obojętnochłonnych.

2. Znaczne »przesunięcie obojętnochłonnych na lewo« (Arneth w modyfikacji Schilling-Thorgau). Przy końcu pierwszego tygodnia bowiem, względnie na początku drugiego spada liczba neutrofilów o jądrze »pałeczkowatem« w przeciągu jednego do dwóch dni o połowę tj. ze 60% na 30% wszystkich neutrofilów.

3. Ilość procentowa limfocytów spada w pierwszym tygodniu choroby do 10% i niżej ogólnej ilości ciałek białych.

4. Monocyty maleją do połowy.

5. Eozynofile znikają.

6. Ilość płytek Bizzozera maleje znacznie.

II. W drugim tygodniu, to znaczy w drugim okresie choroby, przy blednięciu wysypki w lekkich przypadkach, względnie występowaniu wybroczyn do plamek wysypki, znajduje Reichenstein:

1. Pojawienie się i następnie wzrost szybki do 8%, a wreszcie spadek komórek plasmowych.

2. Procentowy wzrost limfocytów i powrót neutrofilów do normy, jako zapowiedź limfocytozy poinfekcyjnej.

3. Zjawienie się eozynofilów.

4. Wzrost ilości płytek Bizzozera.

Trzymając się powyższych wskazówek można zdaniem Reichensteina w przybliżeniu ocenić okres choroby w przypadkach wątpliwych i przepowiedzieć przy badaniach systematycznych, kiedy nastąpi stan bezgorączkowy u danego chorego.

Przejście okresu pierwszego w drugi z wyżej podaną charakterystyką krwi daje się zauważyć klinicznie również w krzywej temperatury, jakeśmy to na całym szeregu krzywych w naszym szpitalu stwierdzić mogli. Punkt ten zwrotny w zachowaniu się chorego ujawnia się mniej lub więcej głębokiem wcięciem na krzywej temperatury w postaci wyżej wymienionej pseudo-kryzy Wunderlicha.

Badania Reichensteina znajdują potwierdzenie w pracach hematologicznych Schiffa, Schillinga, a u nas Anigsteina.

Powikłania w durze osutkowym nie należą do zjawisk zbyt częstych, wystąpieniem swojem mogą jednak wpłynąć niekorzystnie na przebieg choroby a w pewnych przypadkach nawet i na zejście. Do najczęstszych powikłań, gdyż zdarzających się w większości przypadków duru osutkowego, należą nieżyty górnego odcinka dróg oddechowych, występujące już w samym początku choroby. W pewnych przypadkach przejść mogą i na grubsze oskrzela i oskrzeliki, dając nam obraz rozlanego nieżytu oskrzeli, które to powikłanie spotykaliśmy u 9·2% naszych chorych. Rzadsze już są zapalenia płuc prawdziwe lub też opadowe, stwierdzone u naszych chorych w 3·7% przypadków. Powikłania te są zawsze, a szczególnie u osób starszych, zjawiskiem bardzo groźnem, będąc często bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Bardzo rzadko komplikuje dur osutkowy wysiękowe zapalenie opłucnej, spotykane przez nas zaledwie w kilku przypadkach, z tych w dwóch z wysiękiem ropnym, co spowodować musiało zabieg operacyjny, zresztą z następowem wyzdrowieniem.

Powikłania ze strony krtani, mogące wystąpić już w pierwszym tygodniu choroby, polegają na objawach zapalnych błony śluzowej krtani, jakoteż strun głosowych, czasem nawet występują małe nadżarcia błony śluzowej. Zmiany te zwykle ustępują bez śladu, mogą jednak w pewnych przypadkach powstać rozległe owrzodzenia, drążące w głąb, jak również ostry obrzęk głośni, zagrażający życiu chorego przez uduszenie. W tych przypadkach wzmagająca się trudność oddechowa i powstająca sinica wskazują na konieczność tracheotomji. Tego rodzaju powikłania należą do wielkich rzadkości. My nie spotykaliśmy się z nimi, nie widział ich Sterling u swoich chorych, ani też nie wspominają o tem inni autorzy z czasów obecnej epidemji, natomiast Curschmann widział więcej tego rodzaju przypadków podczas obserwowanej przez siebie epidemji w r. 1879.

Ostry obrzęk gruczołów chłonnych szyjnych jakoteż śródpiersiowych, uciskając na tchawicę, wywołać może również trudności oddechowe, powikłanie to jednak zdarza się wyjątkowo — myśmy mieli sposobność spostrzegać to w dwóch przypadkach. Ciężkie powikłania tworzą przypadki zgorzeli kończyn dolnych, rzadko kończyn górnych, wyjątkowo warg, nosa, uszu lub prącia. Początek zgorzeli przypada zwykle na końcowy okres choroby lub też po spadku gorączki i objawia się mniej lub więcej silnemi bólami i sinicą zajętej kończyny, która wówczas jest w dotyku zimną. W ślad za tem na mniejszej lub większej przestrzeni, więcej powierzchownie lub głęboko, występuje zgorzel. Mija ona czasem bez śladu, niekiedy prowadzi do samoistnego oddzielenia tkanki martwej, w innych znowu przypadkach wymaga zabiegu chirurgicznego, nawet amputacji. Przyczyną zgorzeli symetrycznej, jaką widział u całego szeregu swoich chorych Jürgens, muszą być zmiany odżywcze. Niewątpliwie zależną jest również w pewnych przypadkach zgorzel i od osłabionej działalności serca. Prócz tego muszą tu wchodzić w grę i inne bliżej nieznane czynniki które powodują, że podczas, gdy przy pewnych epidemjach ze zgorzelą nie spotykamy się zupełnie, to przy innych znowu należy do częstych nawet powikłań. Słusznem wydaje się zdanie Jürgensa, iż w powstawaniu zgorzeli ważną rolę odgrywa także zimno. My u naszych chorych ze zgorzelą spotykaliśmy się stosunkowo rzadko, gdyż tylko w 0·5% przypadków, jednak nieliczne przypadki zdarzały się u nas w pierwszym rzędzie w później jesieni 1919 roku, kiedy naszym chorym z powodu braku dostatecznej ilości ciepłych koców i niedostatecznego opalania sal do pewnego stopnia dokuczało zimno.

Względnie często, gdyż u 2·4% naszych chorych, występowało zapalenie ucha środkowego i wymagało w pewnych przypadkach zabiegu operacyjnego.

Zapalenie gruczołu przyusznego, jedno lub obustronne, wystąpić może w drugim tygodniu choroby lub w czasie spadku gorączki i prowadzi względnie często do zropienia gruczołu, wymagając następowo zabiegu operacyjnego. U naszych chorych powikłanie to wystąpiło w 0·8% przypadków, przyczem zauważyć mogliśmy, iż występując okresowo, stanowi właściwość pewnych epidemji.

Względnie częste powikłania dawały nam ropnie podskórne samoistne lub też po podskórnych wstrzykiwaniach olejku kamforowego, pomimo, że zastrzykiwania robione były przy zachowaniu wszelkich reguł aseptyki, a do wstrzykiwań używamy olejek pewnie sterylizowany. Abscesy te przechodzące czasem w głębokie ropowice, wymagały następowo długiego leczenia chirurgicznego.

Do bardzo rzadkich, wyjątkowych powikłań należą krwotoki z jelit. Tego rodzaju powikłanie w postaci obfitych krwawych stolców, spostrzegaliśmy w klinice lekarskiej u jednej chorej, u której dur osutkowy stwierdzony był klinicznie i serologicznie, przy ujemnym odczynie Widala. O drugim analogicznym przypadku, który miał sposobność spostrzegać, wspominał mi prof. Dr. Rencki.

Rzadko bardzo spotykaliśmy się z odleżynami, gdyż tylko w 0·2% przypadku.

Czyraki w razie wystąpienia są bardzo uporczywe, zdarzają się jednak tylko w wyjątkowych przypadkach.

Porażenia połowiczne, będące następstwem krwawień w opony lub istotę mózgową, rzadziej zatoru lub zakrzepu, opisywane przez niektórych autorów jako względnie częste powikłania, my spotykaliśmy wyjątkowo, gdyż tylko w 0·1% przypadków.

Również do rzadkich zjawisk należą zapalenia nerwów obwodowych. Ze strony nerwów czaszkowych najczęściej atakowany jest słuch. Często już w pierwszych dniach choroby lub później, niekiedy pod koniec okresu gorączkowego, występuje w większym lub mniejszym stopniu upośledzenie słuchu. Czy jest ono następstwem dzia-

łania produktów toksycznych na nerw słuchowy, czy też następstwem jakichś zmian anatomicznych w ośrodkach, trudno rozstrzygać. Takie upośledzenie słuchu utrzymuje się czasem czas dłuższy, nieraz tygodnie, a nawet miesiące, mija jednak zazwyczaj bez śladu, nie wymagając żadnego leczenia.

Z powikłań duru osutkowego innemi chorobami zakaźnemi wyjątkowo spotykaliśmy zakażenie mieszane durem brzusznym, względnie często, gdyż w prawie 7% naszych przypadków, równoczesne zakażenie durem powrotnym.

Nawrotów w durze osutkowym nie spotyka się nigdy, dotychczas przynajmniej nie zostały one przez nikogo stwierdzone.

R o z p o z n a n i e duru osutkowego, w przypadkach typowych łatwe, szczególnie w czasie panującej epidemji, natrafić może w przypadkach sporadycznych, o atypowym przebiegu, na poważne trudności nawet dla lekarza mającego doświadczenie w tym kierunku, który wówczas celem prawdziwego rozpoznania posługiwać się musi całym szeregiem środków pomocniczych, klinicznych i laboratoryjnych.

Rozpoznanie w przypadkach typowych opierać się powinno na następujących danych:

1. W większości przypadków nagły początek, któremu towarzyszą często jednorazowe lub też kilkakrotnie powtarzające się ataki dreszczów.

2. Dość szybkie, gdyż przeważnie w przeciągu dwóch do trzech dni, wzniesienie ciepłoty do wysokich granic i utrzymanie się jej przez cały ciąg choroby na tej samej mniej więcej wysokości, wreszcie spadek gorączki do normy w przeciągu paru dni.

3. Osutka, która, prócz gorączki, stanowi najważniejszy moment rozpoznawczy, a której najgłówniejsze cechy charakterystyczne są:

a) Czas występowania rzadko w trzecim, najczęściej między czwartym a szóstym dniem choroby, wyjątkowo później,

b) »w y s y p a n i e s i ę« osutki następuje najczęściej w przeciągu już 24—48 godzin,

c) kolejność pojawiania się osutki na poszczególnych częściach ciała,

d) swoisty charakter osutki.

4. Zachowanie się narządu krążenia, a więc wyraźne przyśpieszenie tętna przy początkowo utrzymanem napięciu, spadek ciśnienia krwi już często z końcem pierwszego tygodnia, a wreszcie tętno często drobne, nieregularne etc.

5. Silne nastrzykanie spojówek.

6. Często dość charakterystyczny wygląd języka, zaczerwienienie i ból gardła.

7. Bóle mięśniowe, szczególnie w nogach, łamanie w krzyżach, silne bóle głowy, zajęcie sensorium aż do zupełnej utraty przytomności, deliria itp.

8. Obrzęk śledziony, dający się stwierdzić dość wcześnie, z postępem choroby nie zwiększający się, lecz raczej cofający się. C. d. n.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Heart. Tom. VIII. Nr. 2 i 3. 1921.

Spostrzeżenia nad trzepotaniem i migotaniem przedsionków.

Th. L e w i s, A. N. D r u r y i H. A. B u l g e r. **Okres refraktoryjny i szybkość przenoszenia się bodźca w przedsionku.** Podrażnienie nerwu błędnego zmniejsza okres refraktoryjny (O. R.) przedsionka psa, bijącego 200 razy na minutę. Atropina naprzód zmniejsza O. R. przez przyśpieszenie tętna, potem O. R. nie zmienia się, lub zwiększa dzięki częściowemu odrętwieniu mięśnia. Jeżeli wstrząsy padają na przedsionek w czasie częściowego okresu odrętwienia, elektrogram (zdjęcie wprost ze serca) staje się nieregularne, a wkrótce potem wypadają niektóre skurcze przedsionka. Nerw błędny nie wywiera wpływu na przewodnictwo w wiązkach mięśnia przedsionka psa, natomiast zmniejszając O. R. przyśpiesza tętno zwolnione z powodu wypadania skurczów przy zanadto przyśpieszonem rytmicznem drażnieniu. Okazuje się, że fale podczas trzepotania lub migotania zmniejszają swoją szybkość z powodu natrafiania na przeszkody rozrzuconych wiązek odrętwionych. Podczas trzepotania u psa, istnieje bardzo mały czas między grzbietem fali a końcem O. R., atropina nie mając wpływu na przewodnictwo, zwiększając natomiast O. R., doprowadza ów okres czasu do zera i kończy czasem trzepotanie. Okazuje się dalej, że różne inne objawy elektryczne można sobie wytłumaczyć tylko wtedy, gdy się przyjmie okrężny ruch fali naokoło przedsionka (*circus movement*), a zdarza się to wtedy, gdy bodziec wchodzi do mięśnia będącego w stanie częściowego tylko odrętwienia.

Th. L e w i s, A. N. D r u r y i A. H. B u l g e r. **Wpływ podrażnienia nerwu błędnego.** Podrażnienie nerwu błędnego sprowadza czasem odmianę migotania t. zw. stan szybkiego wtórnego podrażnienia (*rapid reexcitation*) i to często na przedsionkach już migocących lub trzepocących, czasem prawidłowo bijących. Przedsionki biją wtedy ogromnie szybko od 1500—2000 na minutę. Po ustaniu bodźca wraca zwykły rytm, lub dawna niemiarowość. Poza tem wywiera podrażnienie n. bł. różny wpływ na okres między grzbietem a końcem fali, raz okres zmniejsza, raz zwiększa, zależnie od ilości uderzeń przedsionka przed drażnieniem. Inne doświadczenia wskazują na to, że ruch fali odbywa się po kole naokoło przedsionka.

A. N. D r u r y i C. C. I l i e s c u. **Elektrokardiogram przy migotaniu u człowieka.** Okazuje się, że zwykłe odprowadzanie z kończyn nie jest korzystne, gdyż nań wpływają drgania mięśni kończyn i ponieważ płaszczyzna nie jest odpowiednia. Jako uzupełnienie polecają autorzy odprowadzenie z piersi i kręgosłupa w płaszczyźnie sagitalnej. Naogół fale migotania, w ten sposób zdjęte, przypominają bardzo pod względem jakościowym fale trzepotania; można przypuścić że i podczas migotania istnieje jedna tylko fala, krążąca po kole, którego płaszczyzna od czasu do czasu się nachyla. Ruchy oddechowe nie mają żadnego wpływu na wygląd krzywej.

Th. L e w i s. **Istota migotania przedsionków u chorych ludzi.** Zebranie wszystkich badań i dowodów na to, że migotanie doświadczalne i kliniczne polega na trwałem przechowaniu jednej fali przez mięsień przedsionka. Ruch naogół odbywa się po kole, zbacza jednak często z drogi, potem na nią wraca z powodu przeszkód z wiązek mięśniowych chwilowo odrętwiałych. Im mniej tych przeszkód, tem więcej zbliża się ruch do trzepotania nieczystego. Przy czystem trzepotaniu O. R. jest prawdopodobnie dłuższy i skutkiem tego może się utrzymać tylko regularniejszy i powolniejszy ruch. Stan nazwany (p. w.) »*rapid reexcitation*« jest ilościowo najszybszem migotaniem.

F. N. W i l s o n i G. R. H e r r m a n n. **Doświadczalne badania nad niezupełnym blokiem odgałęzienia wiązki Hissa.** Autorzy wytworzyli u psa całkowity i niezupełny blok lewej lub prawej gałęzi wiązki Hissa i ustalili dla danego uszkodzenia pewne obrazy elektrokardiograficzne, opisane przez Oppenheimera i Rothschilda, a niesłusznie odniesione do bloku delikatnych rozgałęzień włókien Purkinijego, a mianowicie przedłużenie kompleksu Q. R. S. i zmianę kształtu T. Zmiana w Q. R. S. pochodzi od wpływu wzrostu fal podrażnienie tej części serca, do której idzie n i e t k n i ę t a gałąź wiązki Hissa, a zmiana w T. pochodzi od spadku fali części, do której idzie z b l o k o w a n a gałąź. Udało się w bardzo pomysłowych próbach wywołać obrazy każdej części z osobna oraz zlewające się stopniowo ze sobą, aż do równoczesnego wywołania połączonego obrazu, czyli prawidłowego. Przytem zbadano O. R. różnych części komory; okazało się, że porządek, w którym różne części wychodzą z O. R., odpowiada porządkowi przechodzenia fali podrażnienia. *Ziemilski* (Lwów).

Chirurgja.

Annales of Surgery. Nr. 4 kwiecień 1922.

J o s e p h B l a c k. **Sposoby drenowania przy różnych stanach chorobowych.** Doświadczenie wojenne wykazało, że drenowanie jest zbyteczne, jeżeli w ranie niema tkanki zgorzelinowej. To samo dotyczy sprawy ropienia w jamie brzusznej i opłucnej. Autor rozumie pod drenowaniem używanie

drenu jak i wogóle innego materjału służącego do odprowadzenia wydzieliny z rany. Przykładem szkodliwości drenowania w przypadkach, gdzie niema tkanki zgorzelinowej, jest sączkowanie jamy brzusznej przy zapaleniach otrzewnej. Wykazując dużą różnicę w śmiertelności, zależnie od tego, czy drenujemy jamę brzuszną czy nie, stwierdza autor wysoką śmiertelność przy wprowadzaniu drenów poprzez liczne nacięcia do jamy brzusznej i wogóle przy manipulacjach z jelitem. Dreny przez swój ucisk, jako ciało obce drażniące, lub wogóle przez swą obecność, czy jakkolwiek to nazwiemy, podtrzymują stan zapalny otrzewnej, który w innych warunkach mógłby przycichnąć. Autor zwraca uwagę, że drenowanie jamy brzusznej jest zbyteczne, jeżeli po usunięciu przyczyny zapalenia otrzewnej nie znajdujemy większej różnicy w stanie zapalnym pomiędzy różnemi częściami jamy brzusznej; więc np. w zwykłem ogólnem zapaleniu otrzewnej, nawet najcięższe drenowanie będzie zbyteczne, jeżeli usunięto przyczynę zapalenia. Jeżeli zaś mamy zapalenie otrzewnej ograniczone z wytworzeniem ropnia, należy zawsze zastosować drenowanie. Ta sama zasada niedrenowania w rozlanych sprawach zapalnych, bez miejscowej zgorzeli, stosuje się i do zakażenia stawów. W czasie wojny autor miał sposobność stwierdzić, że dreny przechodzące przez stawy oddziaływały zgubnie, a wyniki leczenia znacznie się polepszyły z chwilą używania krótkich drenów, które zaledwie dochodziły do stawu; wspomina także o świetnych wynikach, jakie otrzymywał W i l m s, który zupełnie nie drenował stawów, a po otwarciu ich czynnemi ruchami starał się przeszkodzić nagromadzaniu ropy.

W sprawie postępowania przy ropieniach opłucnej autor sądzi, że jeżeli moglibyśmy upewnić się w jakiej innej niż dreny metodzie, któraby utrzymywała ranę w klatce piersiowej otwartą, wówczas wyniki mielibyśmy lepsze, niż przy używaniu drenów.

B. zbliża się do tego ideału przez używanie możliwie krótkich drenów; dreny te 5. dnia usuwa, a po 10—12 dniach następuje wyleczenie. Jeżeli dreny sięgają głęboko do jamy opłucnej i pozostają tam przez dłuższy czas, czy to będą cienkie C a r e l o w s k i e rurki, czy dreny grubości palca, zawsze wywołują zakażenie, które stając się wtórnem mieszanem, sprowadza mniej lub więcej przewlekłe ropienie. Otwór w klatce piersiowej należy robić jak najniżej.

W niektórych przypadkach, gdzie oczywistą była odporność ustroju przeciwko zakażeniu, i gdzie znajdowało się dużo złogów włóknikowych, autor używał większego cięcia, wchodził ręką do jamy opłucnej, oczyszczał ją, obywając się bez drenów. Nie ulega wątpliwości, że zwykłe usuwanie wysięku zapalnego przez nacięcie w wielu razach jest wystarczające, trzeba tylko wybrać, a raczej rozpoznać odpowiednie przypadki. Trudno jest tutaj podać pewne prawidła: autor jest jednak zdania, że po usunięciu ropy, można obyć się bez drenów, jeżeli nie mamy zrostów lub złogów włóknikowych. Wydzielina opłucnej pomału staje się surowiczą i odpływa przez ranę, wkrótce też następuje wyleczenie. Dalej, mówiąc o drenach, radzi używać ich przy wycięciu woreczka żółciowego, ale tylko do jamy brzusznej, nigdy do przewodów żółciowych, przy operacjach pozaotrzewnowych i w niektórych przypadkach przy wycięciu grubego jelita. Dreny stosuje też w zwykłych większych ranach, by zapobiedz gromadzeniu się krwi i limfy.

Jako materjał do drenowania, zdaniem autora, gaza jest niewystarczającą; będąc doskonałym środkiem tamponującym i haemostatycznym, nie odprowadza wydzieliny i może być nader szkodliwą. Jest ona dobrym sączkiem i podczas, gdy wydzielina surowicza przechodzi przez nią, części tkanki zgorzelinowej zatrzymują się w niej, tworząc znakomity podkład dla rozmnażania się bakterji. Gaza była nieraz jedyną przyczyną śmierci w przypadkach drenowania ran postrzałowych i jamy brzusznej. Rurki gumowe miękkie są najlepszym materjałem do drenowania. Prawdziwemi wskazaniami dla nich będą przypadki, w których duża ilość wydzieliny ma być usunięta, a więc drenowanie pęcherza moczowego, dróg żółciowych, jelit, jak również drenowanie ran, gdzie znajduje się dużo tkanki zgorzelinowej.

Choroby skórne.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. N. 12. r. 1921.

I. N i c o l a s, G. M a s s i a i D. D u p a s q u i e r. **Przypadek wielokrotnego nabytego naczyniaka moszny (rogowca krwawego) z krwotokami.** Autorowie opisują przypadek *angiokeratoma*, zdaniem ich rzadki, bo zajmujący jedynie prawą stronę worka mosznowego. Przypadek dotyczył chorego 44 letniego, który zmiany chorobowe zauważył dopiero w 40 roku życia. Drobne guzki w liczbie około stu rozmieszczone były wzdłuż żył przeświecających przez skórę moszen i okazywały różną wielkość — od główki szpilki do wielkości prosa. Zgrubienie warstwy rogowej przyskórka nie zaznaczało się wybitniej, natomiast na szczycie guzków widoczne były skrzepy, krwawe strupki lub blizny po nich. Zmiany chorobowe powodowały nieznaczny świąd i krwawiły łatwo bądź samoistnie bądź pod wpływem nieznacznych urazów. Raz były powodem znaczniejszego i rozległego krwawienia. Drobnowidowo stwierdzono rozszerzenie żył głębszych, zmiany zapalne w ich ścianach i liczne zakrzepy. Warstwa rogowa przyskórka nie była zgrubiała. Objawy zapalenia dotyczyły głównie warstwy podbrodawkowej skóry. Zdaniem autorów rzadkość przypadku polega głównie na niezwykłem usadowieniu zmian chorobowych, łatwem i obfitem krwawieniu, braku zmian w przyskórku i rozmieszczeniu rozstrzeni naczyniowych wzdłuż żył skórnych głębszych. Późne wystąpienie zmiany chorobowej należy również uważać za wyjątkowe. Autorowie nie umieją też znaleźć przyczyny, któraby wyjaśniała powstanie tych zmian zaliczanych mimo cech mało charakterystycznych do grupy »*angiokeratoma*«. (Czy należało istotnie rozpoznać *angiokeratoma*, a nie rozstrzenie naczyniowe wywołane uciskiem paska przepuklinowego, uwidocznionego na załączonej rycinie? O przepuklinie autorowie nic nie wspominają. P r z y p. s p r a w o z d.).

G r a v a g n a. **Grzybek strzygący na skórze trudny do rozpoznania.** Mężczyzna 44 letni okazywał na skórze karku poniżej rąbka włosów rozległe ognisko chorobowe kształtu prostokątnego, barwy czerwonawej, ponad powierzchnią skóry otaczającej dosyć wyniosłe, przechodzące stopniowo w otoczenie skóry zdrowej, nie ograniczone zarysami kolistemi i pokryte na powierzchni bądź brudnobiałemi łuskami bądź strupkami barwy brunatnej lub czerwono brunatnej. W ognisku chorobowem widać było zaledwie tu i ówdzie w środku i po brzegach drobne guzki lub powierzchowne ropnie. Skóra w miejscu ogniska chorobowego była zgrubiała naciekła i okazywała liczne głębokie pęknięcia. Podobne lecz mniejsze ognisko znajdowało się na grzbiecie ręki lewej od strony wewnętrznej. Bardzo silny świąd zmuszał chorego do drapania »aż do krwi«. Wobec mało widocznych cech wyróżniających autor nie mógł rozstrzygnąć, czy zmiany chorobowe rozpoznać jako wyprysk łojotokowy, czy jako zmianę kiłową (!), czy jako liszaj rumieniowaty, czy wreszcie jako *folliculitis agminata*. Badanie mikroskopowe łusek i przeszczepienie ich na pożywki S a b o u r a u d'a wyjaśniło, że zmiany chorobowe rozpoznać należy jako zmiany wywołane grzybem strzygącym typu *trichophyton violaceum*.

R. R a v a u t. **Działania uboczne związków novarsenobenzolu. Próba zestawienia ich i sposoby zapobiegania.** Zdaniem R a v a u t nieszczęśliwe wypadki po stosowaniu salvarsanu i jego pochodnych zdarzają się coraz rzadziej, co przypisać należy udoskonaleniu samego środka, troskliwszej jego fabrykacji, a nie mniej i odmiennemu sposobowi jego stosowania. W używanych obecnie, stężonych roztworach unika się zwyczajnie szkodliwego działania wody, a przy wyeliminowaniu tego czynnika łatwiej można ocenić uboczne działanie samego środka. Według statystyki L e r e d d e'a i J a m i n'a zdarzał się w r. 1910 jeden przypadek śmierci na 3.000 wstrzyknięć, a w r. 1913 jeden na 54.000 wstrzyknięć.

Statystyka R a v a u t'a za rok 1914 i 1915 nie notuje ani jednego przypadku śmierci wśród 94.762 wstrzyknięć mimo, że zabieg wykonywali często lekarze z techniką wstrzykiwań niezupełnie zaznajomieni. Statystyka tegoż samego autora za trzy ostatnie lata wykazuje zaledwie jeden przy-

padek śmierci na 123.432 wstrzykiwań w postaci roztworów stężonych. Działania uboczne, jakie spotykamy przy stosowaniu środków arszenikowych, można, zdaniem autora, odnieść do błędów samego zabiegu, do objawów spowodowanych odczynem zmian kiłowych, do zaburzeń w przemianie materji, a wreszcie do objawów toksycznych.

1) Działania uboczne zależne od sposobu wykonania zabiegu. Miejscowe takie, jak obrzęk, ból, jałowy naciek zapalny, zgorzel, mogą się zdarzyć wówczas, gdy wstrzykiwany środek dostaje się poza żyłę, bądź przez przebicie jej ścian w dwu miejscach, bądź przez wstrzyknięcie obok ściany żylnej. Płyn wstrzykiwany może się dostać poza ściany żyły nawet przy właściwem wkłuciu, jeśli igła ma boczne otworki, co zdarza się zwłaszcza przy używaniu igieł irydoplatynowych, starych. Działania uboczne, ogólne, zdarzają się wówczas, jeśli wstrzykujemy roztwory pozostające czas dłuższy w zetknięciu z powietrzem, a więc zmienione pod wpływem tlenu, lub jeśli wstrzykiwanie wykonujemy zbyt szybko.

2) Objawy odczynowe spowodowane kiłą. Z objawami temi spotykamy się tak przy stosowaniu rtęci jakoteż arsenu, ale w tym ostatnim przypadku częściej. Z pośród objawów a) ogólnych wymienić należy podwyższenie ciepłoty i odczyn Herxheimera. Podwyższenie ciepłoty po pierwszem lub drugiem wstrzyknięciu uważa Ravaut za skutek działania środka na krętki blade. Można uniknąć podwyższenia ciepłoty przez stosowanie wstrzykiwań rtęciowych przed zastosowaniem przetworów salvarsanu. Podwyższenie ciepłoty po wstrzykiwaniach początkowych jest niemal regułą; o ile się zdarza przy następnych wstrzykiwaniach i o ile towarzyszą mu bóle głowy i wymioty, jest ostrzeżeniem, by wstrzyknięcia dalsze stosować ostrożnie lub ich zaniechać chwilowo. Odczyn Herxheimera może wystąpić na skórze w otoczeniu wykwitów kiłowych, ale może też wystąpić w narządach wewnętrznych: w nerkach (białkomocz), wątrobie (żółtaczka), w mózgu (bóle głowy, wymioty, utrata przytomności, porażenie, zmiany w płynie mózgordzeniowym). Odczyn Herxheimera tłómaczyć można podobnie, jak podwyższenie ciepłoty, szybkim rozpadem krętków bladych i uwolnieniem większej ilości toksyn, albo wstrząsem miejscowym albo jak przypuszcza Ravaut, odczynem czysto chemicznym między środkiem leczniczym a podrażnionemi tkankami. b) Do odczynu miejcowego zalicza Ravaut przedewszystkiem t. zw. neurorecydywy i nawroty miejscowe nazywane często, niesłusznie i niewłaściwie, zakażeniami wtórnemi albo nowemi zakażeniami. Prócz znanych dotychczasowych tłómaczeń neurorecydyw i rzekomych wtórnych zakażeń (*reinfectio)* podaje Ravaut swoje własne tłómaczenie.

Według tego tłómaczenia małe dawki środka leczniczego wywołują skurcz najdrobniejszych naczyń krwionośnych, upośledzenie dopływu krwi, a więc i środka leczniczego do danej zmiany kiłowej, tem samem i niedostateczne zadziałanie tego środka w znaczeniu bakterjobójczem. Pozostałe przy życiu krętki blade są przyczyną neurorecydywy lub rzekomego wtórnego zakażenia. Za tem przypuszczeniem autora przemawiałoby to, że i neurorecydywy i zakażenia wtórne spotyka się najczęściej u osób leczonych małemi i niewystarczającemi dawkami, jakoteż i to, że tak neurorecydywy, jak i zakażenia wtórne występują wkrótce po pierwszem leczeniu zwykle niedostatecznem. Odkąd zaczęto stosować leczenie intenzywne, spadła znacznie ilość i neurorecydyw i wtórnych zakażeń, gdy przeciwnie wtórne zakażenia po winnyby raczej po intenzywnem leczeniu występować częściej. Ravaut nie przeczy wprawdzie możliwości wtórnego rzeczywistego zakażenia, ale uważa je za rzecz bardzo rzadką i wyjątkową. Wreszcie za przyczynę neurorecydyw uważa Ravaut także strąty (precypitacje) powstałe w samym leku arszenikowym. Wskutek zbyt wielkiej kwaśności starego salvarsanu (606), niedostatecznego zalkalizowania przy użyciu, mogły w ustroju wypadać strąty i po prostu mechanicznie zatykać naczynia wywołując przez to »blokadę krętków« zdolnych do dalszego rozwoju. Zbytnia zasadowość krwi, znamionująca się niejednokrotnie fosfaturją, może i przy użyciu neosalvarsanu spowodować strąty tego środka i być również przyczyną zatkania naczyń. Unikać zatem należy i zbyt dużych dawek leczniczych w początkach leczenia i zbyt długich przerw w leczeniu, a należy pilnie baczyć na wszelkie chorobowe objawy ze strony układu nerwowego, uciekając się w razie potrzeby do badania płynu mózgowordzeniowego. W przeciwieństwie do neurorecydyw, obecnie coraz rzadziej spostrzeganych, widzi się coraz częściej schorzenia wątroby i towarzyszącą im żółtaczkę. Zdaniem Ravaut tych schorzeń wątroby nie można tłómaczyć tak, jak chce Milian, który niemal wszystkie takie przypadki zalicza do miejscowych nawrotów kiłowych, stawiając je na równi z neurorecydywami. I tu trzeba wyróżniać dwie przyczyny: kiłę i zatrucie arsenem i odpowiednio do tego dobrać sposób leczenia. Jeśli żółtaczka wystąpi u chorego z odczynem Wassermanna dodatnim, u chorego dawno już przeciwkiłowo nie leczonego, można przypuszczać tło kiłowe i leczyć przetworami salvarsanu, jeśli jednak dostrzeżemy żółtaczkę w kilka tygodni po leczeniu przetworami arsenu, należy być ostrożnym i myśleć także o przyczynie innej, bardziej prawdopodobnej- o zatruciu arsenem. W tych przypadkach należy raczej rozpocząć leczenie rtęcią a dopiero po upewnieniu się, że przyczyną żółtaczki jest kiła, można przejść do leczenia salvarsanem.

3) Objawy wywołane zaburzeniami w sokach ustroju (objawy humoralne). Przyczyna ich jest dotąd nieznana. Znane są tylko objawy występujące bezpośrednio po wstrzyknięciu, takie, jak zaczerwienienie twarzy i spojówek, obrzęk twarzy, przyśpieszenie tętna, uczucie duszności i lęku, wszystkie, na szczęście, krótkotrwałe i przemijające. Szybkość ich ustępowania wskazuje na to, że przyczyny ich nie należy szukać w zatruciu, ale w chwilowej nadwrażliwości ustroju, tkwiącej być może w sokach ustroju. Objawy te mogą wystąpić: a) po pierwszem wstrzyknięciu tylko i nie powtarzać się przy wstrzyknięciach następnych albo b) powtarzać się stale przy każdem wstrzykiwaniu

Owo uporczywe i stałe powtarzanie się tych samych objawów w przypadkach grupy drugiej nasuwa przypuszczenie, że mogą to być objawy anafilaktyczne. Przyczyny objawów grupy pierwszej, a) objawów przemijających, nie znamy. Prawdopodobnie przyczyny mogą być różne: zależne bądź to od techniki wstrzykiwania, bądź od wartości środka leczniczego, bądź też od chwilowego stanu ustroju chorego. O ile nam się uda wykryć przyczynę objawów ubocznych, uwzględnienie jej objawy uboczne usuwa — często jednak przyczyny wykryć nie możemy i wówczas ograniczamy się do środków zapobiegawczych. Za takie środki zapobiegawcze uważa Ravaut między innemi podawanie 1-mg adrenaliny wewnętrznie lub podskórnie, bądź przed wstrzyknięciem salvarsanu bądź po wstrzyknięciu, gdy wystąpią objawy uboczne, wstrzykiwanie zapobiegawcze małych dawek salvarsanu bezpośrednio przed wstrzyknięciem pełnem, podanie 5—10 centgr. salvarsanu wewnętrznie, bardzo powolne wstrzykiwanie śródżylne dokonywane w przerwach, zmiana środka arsenowego na inny i t. p. Znamienne jest dla tej grupy objawów ubocznych to, że wstępują przygodnie i nie przy każdem wstrzykiwaniu.

Inaczej w przypadkach grupy drugiej, gdzie objawy b) stale się powtarzają. Znamienne jest dla tej grupy przypadków to, że przy każdem wstrzyknięciu pojawia się ten sam zbiór i ten sam typ objawów ubocznych w jednostce czasu stale jednakowej, u różnych osobników różnej. Przez obniżanie stopniowe dawki można dojść czasem do dawki takiej, którą wreszcie chory zniesie bez objawów ubocznych, ale granica ta jest nieprzekraczalna. Dawki te bywają zwyczajnie tak małe, że niemal pytać się trzeba, czy mogą być skuteczne. Ravaut sądzi jednak, że skoro ustrój reaguje tak silnie, to reaguje również i w znaczeniu leczniczem. Wiele przemawia za tem, że tą nadwrażliwość osobniczą, zależną od dawki, uważać należy za rodzaj anafilaksji.

4) Objawy zatrucia. Znamienną ich cechą jest to, że występują zwyczajnie nie bezpośrednio po wstrzyknięciu, ale po pewnym dłuższym czasie dopiero, często po kilku wstrzyknięciach lub w jakiś czas po ukończeniu leczenia. Tu

zaliczyć należy owe schorzenia wątroby wyżej wspomniane, nie różniące się niczem od zaburzeń nieżytowych. Za tłem toksycznem przemawia między innemi i to, że występują serjami, okresowo przy użyciu pewnej serji salvarsanu lub neosalvarsanu. Niewątpliwie do zatruć zaliczyć należy także rozległe zapalenia skóry o typie rumieni rtęciczych, lub rozległe zapalenia skóry z następowem łuszczeniem. Do rzadszych objawów zatrucia należą zaburzenia ze strony nerek, lub zaburzenia w środkowym układzie nerwowym z towarzyszącemi im zmianami w płynie mózgowordzeniowym. Znajomość tych wszystkich objawów ubocznych, a przedewszystkiem znajomość ich przyczyn ma, zdaniem Ravauta, doniosłe znaczenie dla praktyka. Stwierdzenie przyczyny pozwoli w wielu przypadkach uniknąć jej następstw, stwierdzenie objawu ubocznego powinno skłonić do szukania jego przyczyny a tem samem i do wyjaśnienia wielu przyczyn dotąd niejasnych.

P. Noel. **Lichen simplex circumscriptus z torebkowatemi wzniesieniami przyskórka i guzami w okolicy stawów.** U 50-letniego murzyna spostrzegano zmiany istniejące od roku na wewnętrznej powierzchni obu ud i na skórze części płciowych. Skóra w tych okolicach zlichenifikowana, zgrubiała i szara, wykazała głębokie torby rozmiarów pięści, pod podniesionym przyskórkiem. W otoczeniu lichenifikacja skóry bez ostrych granic. Silny świąd, ślady drapania i powiększenie gruczołów pachwinowych towarzyszyły schorzeniu, jako objawy wtórne. Prócz tego w różnych okolicach ciała stwierdzono w pobliżu stawów rozsiane guzowate stwardnienia podskórne, niebolesne, przesuwalne, dochodzące do rozmiarów jaja kurzego. Przebieg choroby nie jest znany autorowi.

G. Pignet. **Przypadek kiły małżeńskiej mogący potwierdzać teorje Levaditi i Marie.** Opis przypadku, w którym tak mąż jak i żona, według ich zeznań, nic nie wiedzieli o tem, jakoby kiedykolwiek ulegli zakażeniu kiłowemu, bo nigdy nie zauważyli u siebie najmniejszych choćby zmian na skórze czy też na błonach śluzowych. Stałe bóle głowy, na jakie cierpiała żona i przedwczesny poród skłoniły lekarza do wykonania odczynu Wassermanna u obu małżonków. Odczyn u obu wypadł dodatnio, a badanie męża wykazało jedynie objawy ze strony układu nerwowego takie, jak utrudnienie w mowie, leniwe oddziaływanie źrenic na światło i wzmożenie odruchów kolanowych, natomiast nie zdołało wykryć żadnych śladów przebytej kiły na skórze lub błonach śluzowych. Podobnie ujemnie wypadło badanie w tym kierunku u żony. Zastosowanie leczenia przeciwkiłowego sprowadziło pewną poprawę stanu zdrowia obu małżonków. Autor widzi w przytoczonym przypadku poparcie teorji Marie i Levaditiego o dwoistości krętka bladego, a w szczególności poparcie poglądu, że istnieje szczep krętka bladego tylko nerwozwrotny. *Lenartowicz* (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 30. czerwca 1922.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 68.

1. Kol. Mikołajski wygłasza odczyt na temat **„Obecny stan walki z alkoholizmem w Małopolsce"**.

W dyskusji Kol Sieradzki zauważa, że pomimo wykazanego przez prelegenta braku pewnych przepisów, uwzględniających stosunki w Małopolsce, nie widzi przeszkody do wprowadzenia w życie ustawy o zwalczaniu alkoholizmu na terenie Małopolski i obwinia odnośne czynniki rządowe o opieszałość w tym względzie. Ustawa w całości mimo pewne usterki jest dziełem doniosłem, nie należy jednak łudzić się, że ona sama zdoła usunąć opilstwo z naszego państwa, konieczna natomiast jest w tym kierunku szeroka akcja społeczna, do której ustawa daje odpowiednią podstawę Akcję tę należy poprowadzić w myśl zasad ustalonych doświadczeniem innych krajów, oprzeć ją na szerokich podstawach i nie zrażać się chwilowemi trudnościami i małym początkowo wynikiem. Do akcji tej powołani są przedewszystkiem lekarze. Z biegiem czasu dojść będzie można do tego stanu, który obecnie zapanował w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, gdzie zakazana jest zupełnie produkcja i konsumcja alkoholu. Przeciw postawieniu u nas kwestji tej odrazu na tak radykalnem stanowisku przemawiały względy gospodarcze, gdyż wiadomo, że produkcja alkoholu jest u nas jednym z najlepiej rozwiniętych rodzajów przemysłu. Przy stopniowem ograniczeniu konsumcji stosunki gospodarcze zastosują się do tego bez silniej szych wstrząśnień ekonomicznych.

Następnie mowca omawia stanowisko alkoholizmu względem kwestji poczytalności karnej i rozporządzalności cywilnej na gruncie istniejących jeszcze obecnie u nas różnych kodeksów dzielnicowych i przyszłego wspólnego prawa polskiego. Mowca jest stanowczym zwolennikiem zasady, że zwykłe (nie t. z. patologiczne) **ostre upojenie alkoholowe nie powinno stanowić momentu wykluczającego ani zmniejszającego odpowiedzialność karną.** Zasada ta, aczkolwiek teoretycznie, wobec poważnych zmian psychicznych wywołanych nawet niewielkiemi dawkami alkoholu, niesłuszna, jest jednak konieczna ze stanowiska polityki kryminalnej; znalazła ona też wyraz w niektórych nowszych kodeksach karnych n. p. finlandzkim. Odpowiedzialność karną opilców nałogowych trzeba traktować indywidualnie, przyznając im bądź zmniejszoną bądź też zupełną niepoczytalność; przestępców tej grupy jednak należy przymusowo oddawać do leczenia w odpowiednich zakładach. Pod względem rozporządzalności cywilnej ustawa powinna dozwalać na wczesne ograniczenie lub pozbawienie własnowolności alkoholików przewlekłych na wzór postanowień, jakie istnieją w t. z. ordynacji cesarskiej o pozbawieniu własnowolności z r. 1916, obowiązującej na obszarze Małopolski. (A.r.)

Kol Fels jest zdania, że ograniczenie ustawy idzie za daleko i przepisy są za ostre. U ludności wpojona jest myśl, że alkohol jest zdrowy, więc to długo będzie trwało, zanim alkohol da się wyrugować. Prelegent jest zdania, że nim się zamknie szynki, trzeba naprzód urządzić inne odpowiednie lokale n. p. czytelnie, a następnie trzeba myśleć o zastąpieniu alkoholu czemś innem n. p. herbatą.

Kol. Zalewski nie podziela zdania kol. Felsa, jakoby ustawa była za ostrą, lecz uważa, że ona jest dobrą. Przy zamykaniu szynków nie chodzi tak o alkohol, jak o lokale, w których się pija alkohol a które prowadzą do zgorszenia.

Kol. Krzemicki sen. nie zgadza się również ze zdaniem kol. Felsa.

Kol. Mikołajski w odpowiedzi zaznacza, że wprowadzenie w życie ustawy nie należy do zakresu wojewódzkiego urzędu zdrowia tylko zależy od wojewody.

Helena Schusterówna, zastępca sekretarza.

Towarzystwo lekarskie Łuckie.

Posiedzenie naukowe z dnia 3. marca 1922 r.

Przewodniczy kol Fr. Miłaszewski. Obecnych 15.

1. Kol M. Kubaszewski złożył szczegółowe sprawozdanie z **działalności Szpitala powiatowego w Łucku za rok 1921**, poczem toczyła się ożywiona dyskusja dotycząca spraw administracyjnych i przypadków leczonych na poszczególnych oddziałach szpitala

2. Kol. Wojnicz złożył sprawozdanie z delegacji swojej do Ministerstwa zdrowia Publicznego na konferencję w sprawie izb lekarskich

Ze sprawozdania Zarząd obwodowy Łucki Z. L. P. P. z przykrością dowiedział się, że samodzielnej Izby lekarskiej Wołyńskiej na razie nie będzie lecz Izba Wołyńsko-Lubelska.

Posiedzenie naukowe w szpitalu powiatowym z dnia 17. marca 1922 r.

Przewodniczy kol. Fr. Miłaszewski. Obecnych 15.

Kol. A. Wojnicz przedstawił dwóch chorych: jednego **z urazowem uszkodzeniem kości głowy**, drugiego z **postrzałowem uszkodzeniem czaszki i mózgu.** Obydwa przypadki leczone były konserwatywnie i zakończyły się wyzdrowieniem (Autoreferat). a) Iwan R, lat 27, były kozak orenburski, obecnie robotnik na tartaku pod Łuckiem, 8. lutego 1922 w czasie roboty uderzony gatrem (część składowa piły) po głowie, spadł z pierwszego piętra. Stracił przytomność, krwawienie z nosa i uszu. W godzinę oprzytomniał wymioty. Przeniesiony do Szpitala powiatowego w stanie następującym: Głowa w postaci bryły pokrytej guzami, w nozdrzach i uszach krew skrzepła, prawy łuk licowy zgruchotany, na czole we włosach rana do kości, $2\frac{1}{2}$ ctm długa, na ciemieniu mniejsza i wylew krwawy podskórny wielkości kartofla, w okolicy obydwu wyrostków sutkowych obszerne wylewy krwawe, opuszczające się aż na szyję. Chory bełkoce niewyraźnie, głową poruszyć nie może z powodu bólu w szyi (kręgi szyjne całe). Puls 68, T° 37 1°. Po opatrzeniu ran leczenie w ciągu pierwszych 10 dni polegało na stosowaniu okładów eterowych na głowę i ponad to pęcherza z lodem. W ciągu pierwszych dwóch dni wymioty i krwawienie z prawego ucha się powtarzały, T° nie przekraczała 37,5, tętno 62—68, później 76. Po 6 tygodniach chory opuścił szpital w dobrym stanie. Pozostało zgrubienie wyrostka sutkowego prawego i szum w uchu, a także zgrubienie kości łuku licowego prawego.

W danym przypadku krwawienie z uszu i nosa pozwala przypuszczać, że podstawa czaszki była uszkodzona, tembardziej że chory po wypadku przytomność stracił, wymiotował i tętno miał znacznie zwolnione.

b) Borys R., lat 28, urzędnik starostwa, nerwowej konstytucji, 16. marca w pozycji stojącej strzelił sobie z rewolweru (Brauning małego kalibru) w głowę, poczem runął na wznak na podłogę i stracił przytomność. W godzinę po wypadku przewieziony do szpitala powiatowego. Stan obecny: w okolicy prawej skroni mała okrągła ranka, $\frac{1}{2}$ cm w średnicy, brocząca, skóra do-

koła ranki czarna, włosy osmalone. Z przeciwległej strony ponad lewą skronią guz wielkości połowy jaja kaczego, skóra nad nim cała pokryta włosami. Podstawę guza stanowią nadłamane i wzniesione kości czaszki, które nie są swobodnie ruchome; na wierzchołku guza chełbący wylew krwawy i ruchome twarde ciało (kulka?). Chory przytomny, podnieść się, ani unieść głowy nie może, skarży się na ból głowy w okolicy potylicy, którą uderzył o podłogę i gdzie skóra uszkodzona, a największy ból czuje w szyi przy poruszaniu. W nosie trochę krwi skrzepłej, uszy czyste. T. 37,6; tętno 90, równe. Po opatrzeniu rany położono na głowę okład z eteru pod papierem woskowanym, na to pęcherz z lodem. Pod okładami eterowemi chory znakomicie się uspakajał i leczenie stopniowo doprowadziło do zupełnego wygojenia się, pomimo iż chory zaraz w pierwszym tygodniu przebywał lewostronne zapalenie włóknikowe górnego płata płuc. W pierwszym tygodniu leczenia obserwowano także tętnienie w guzie; z czasem objaw ten znikł zupełnie. 11. kwietnia chory wypisał się ze szpitala jako zupełnie zdrowy — przybyło go na wadze 12 funtów. Głowa wygoiła się dobrze, pozostała jednak deformacja zwłaszcza na miejscu wylotu kulki, którą wyczuwało się wyraźnie pod skórą i która żadnej przykrości choremu nie sprawiała. Godne uwagi, że chory przed zamachem samobójczym był nadzwyczaj nerwowy, wiecznie niezadowolony i kłótliwy, po wypadku stał się o wiele spokojniejszym i pogodniejszego usposobienia — słowem duchowo poprawił się.

W dyskusji zabierali głos kol. Miłaszewski i Mininson zaznaczając, że sposób zachowawczy w danym przypadku dał lepsze rezultaty, niż operacyjny, niestety tak często stosowany w czasie ubiegłych lat wojny. Nieraz podziwiać trzeba było pośpiech, z jakim chirurdzy starali się wydobyć każdą kulkę, co często bywało ze szkodą dla rannych, ponieważ otwierało wrota infekcji.

Kol. Bejlin stwierdza, że poprawa stanu nerwowego u chorego po silnym wstrząsie, jakiego doznał, jest możliwą; stosowanie okładów eterowych w danych przypadkach uważa za innowację. Kol. Wojnicz w odpowiedzi zaznaczył, że do eteru siarczanego uciekł się przypadkowo z powodu braku spirytusu, następnie zaś stosował eter stale, ponieważ chorzy dobrze się czuli pod eterem.

Posiedzenie publiczne poświęcone sprawom hygjeny z dnia 10. kwietnia 1922.

Obecnych członków 21, gości 50.

Przewodniczący kol. Miłaszewski zagaja posiedzenie i wita Dra J. Polaka z Warszawy.

Kol. Polak wygłasza odczyt na temat: „Znaczenie i organizacja zdrowia publicznego“, który w streszczeniu podajemy. W odrodzonej Polsce wśród wielu zagadnień troska o poprawę zdrowia publicznego należy do najważniejszych zadań. Naród składający się z jednostek i rodzin tem mniej jest szczęśliwy i tem więcej cierpi, im więcej ma zachorowań i zgonów. Jak wielkie znaczenie ekonomiczne ma dla Państwa chorobowość i śmiertelność, dostatecznie ilustrują wyniki statystyczne zebrane przez prelegenta w czasach przedwojennych w b. Królestwie Polskiem. Przy ówczesnej śmiertelności 25 na 1000 koszta choroby i zgonów wynosiły 367 miljonów rubli rocznie. Zmniejszenie cyfry śmiertelności do 20 na 1000 dałoby oszczędności 70 miljonów rubli rocznie czyli około 70 miljardów obecnych marek polskich. Środki, wiodące do poprawy zdrowia publicznego, dzieli prelegent na dwie kategorje: przymus (szczepienia, izolacja chorych zakaźnych, konfiskata fałszowanych produktów spożywczych itd.) i zarządzenia twórcze (urządzanie stacji szczepień, budowa domów izolacyjnych, szpitali, wodociągów, łaźni, studzien i t. d.). Pierwszy środek nie daje pożądanych rezultatów. Zarządzenia twórcze winny odegrać decydującą rolę. W pierwszym rzędzie chodzi o odpowiednie prawodawstwo, którego oczekujemy od Sejmu, następnie o inicjatywę światłych jednostek; dalej zaś zrzeszenia, prasa i mądra administracją dokonują dzieł wielkich. Praca na polu zdrowotności winna być skoncentrowaną w rękach organów samorządowych, a rola rządu polegać winna na nadzorze, opiece, pomocy technicznej i finansowej. Społeczeństwo narzuca samorządom inicjatywę i posiada swój organ — Towarzystwo hygieniczne, związane z takąż samą centralną instytucją w stolicy.

Kol. Wojnioz zaznajamia zebranie z bardzo ciężkiemi warunkami, w jakich znajduje się między innemi szpital powiatowy, apeluje do społeczeństwa, aby się więcej interesowało sprawami zdrowotnemi i stawia wniosek zawiązania w Łucku Twa Hygjenicznego. Po zaznajomieniu zebranych, przez kol. Polaka, ze statutem Warszawskiego Twa Hygjenicznego i stosunkiem tegoż do Oddziałów, po przemówieniach kol. Miłaszewskiego i Mecenasa A. Siomy, wybrano członkami tymczasowego Zarządu Wołyńskiego Twa Hygjenicznego: Dra L. Radwańskiego, Starościnę Podoską, Dra M. Pietkiewicza, p. Helenę Godlewską, Dra A. Wojnicza, p. Annę Lipińską, inżyniera Fedorowicza, mecenasa A. Siomę, burmistrza J. Suszyńskiego, Dra Pasławskiego z Ostroga i Dra Weselskiego z Kowla.

Kol. Radwański w imieniu obranego Zarządu zwraca się z prośbą o poparcie Wołyńskiego Towarzystwa Hygjenicznego przez społeczeństwo i przez centralę warszawską.

Prezes *Miłaszewski*, Sekretarz *A. Wojnicz.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 9 maja 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. W dyskusji z powodu odczytu prof. Orzechowskiego „O unerwieniu pozapiramidalnem“ Higier stwierdza, że w rozumowaniu mówcy, opartem na teorji Ramsay Hunta jest dużo hypotetycznego i schematycznego. Trudno zrozumieć, czy pod układem kinetycznym należy pojmować jedynie mózg i ciała prążkowane, a pod układem statycznym jedynie móżdżek i jego tory, czy pod tonusem pozycyjnym autor pojmuje jedynie plastyczny, nadający postać, a pod tonusem postawy ciała wszystkie inne odmiany, jak skurcz adaptacyjny, fiksacyjny i poskurcz toniczny. Faktem jest, że skurcz mięśni poprzecznie prążkowanych jest szybki, jego okres utajony krótki, że czynność jego przebiega z ciepłotą i znużeniem, ale mniej pewnem jest, czy prąd elektryczny czynnościowy cechuje wyłącznie te mięśnie, gdyż i w sarkoplazmie są prądy napięciowe i deformacyjne. Czy przemiana glykogenu odbywa się w niej, nie wiemy dokładnie, jak również nic nam nie wiadomo o jej znużeniu. Różnice histologiczne inerwacyjne i w charakterze skurczu mechanicznego i elektrycznego są niewątpliwe. Jeżeli prof. O. rozumie pod ruchami inteligentnemi celowe i z wyładowaniem energji idące, to można się z nim zgodzić, ale trudniej już z definicją ruchów automatycznych, które usiłuje umiejscowić w ciele prążkowanem. Dotychczas znaliśmy mięśnie dowolne (kończyny, tułów, twarz) i gładkie (narządy wewnętrzne, skóra, naczynia) z działaniem bezwiednem, automatycznem i wzruszeniowem; znaliśmy narządy (przełyk, pęcherz, odbytnicę), w których uzupełniała się wzajemnie czynność mięśni poprzeczno-prążkowanych i gładkich. Współistnienie obu w każdym mięśniu obwodowym nie tłómaczy jeszcze ich współpracy. A może sarkoplazma jest zakończeniem obwodowem układu statycznego, jak myoplazma kinetycznego. W klasyfikacji prof. Orzechowskiego chorób układu prążkowanego i bladego uderza brak jednostki jednolitej, gdyż obok siebie panuje punkt widzenia patofizjologiczny i topograficzny.

Koelichen wspomina, że wśród zagadnień z dziedziny fizjologji układu nerwowego sprawa ośrodków ruchowych podkorowych i szlaków pozapiramidowych wysunęła się w ostatnich czasach na plan pierwszy dzięki badaniom i pracom małżonków Dejerinów i Vogtów oraz Wilsona i Ramsay Hunta wreszcie dzięki tak licznym w ostatnich czasach spostrzeżeniom dotyczącym stanów pozostałych po zapaleniu mózgu nagminnem. W wyniku tych badań i spostrzeżeń możemy uważać niemal za dowiedzione, że uszkodzenie tak zwanego paleostriatum, czyli globi pallidi sprowadza zaburzenia ruchowe o typie drżączki porażennej, zaś uszkodzenie neostriatum czyli ciała prążkowanego i putaminis powoduje występowanie mimowolnych ruchów bezładnych o typie pląsawicy, atetozy lub kurczów torsyjnych. Brak nam dotychczas dokładnego zrozumienia, jaki jest mechanizm powstawania tych zaburzeń i jaka jest rola ośrodków ruchowych podkorowych i szlaków pozapiramidowych. W przypuszczeniach, które wypowiada Foerster na ten temat, przypisuje on paleostriatum rolę filogenetycznie starszego od kory mózgowej ośrodka ruchowego wyższego rzędu, który rządzi afektywną reakcją ruchową, wyzwala zespoły ruchowe, które ongiś miały charakter ruchów celowych i tłumi czynność ośrodków móżdżkowych wzmagających napięcie mięśniowe. Dlatego też zniszczenie tego ośrodka zwiększa napięcie mięśniowe, zmniejsza grę reakcji uczuciowej i żywość ruchów. Neostriatum, według tych przypuszczeń, ma znaczenie ośrodka miarkującego czynność paleostriatum, wobec czego jego uszkodzenie zmniejsza napięcie w mięśniach i wyzwala niepohamowane zespoły ruchowe utajone zazwyczaj w paleostriatum. Mówca stara się wyjaśnić zaburzenia ruchowe zależne od uszkodzenia ośrodków ruchowych podkorowych wychodząc z zupełnie odmiennego i nowego założenia. Zdaniem mówcy w zespole parkinsonowskim, charakterystycznym dla uszkodzenia *globi pallidi*, ujawnia się przewaga skurczów powolnych i trwałych sarkoplazmy nad żywemi i szybkiemi skurczami istoty prążkowanej mięśni. Związek tych zaburzeń z uszkodzeniem *paleostriatum* wyjaśnia mówca w sposób następujący: Sarkoplazma jest unerwiona przez włókna nerwowe wegetacyjne, które posiadają ośrodki rdzeniowe w rogach bocznych istoty szarej rdzeniowej, zaś wyższe ośrodki mózgowe w paleostriatum. Otóż to zestawienie wzmożonej czynności sarkoplazmy ze zniszczeniem jej domniemanego ośrodka mózgowego w paleostriatum nie jest jasne dla Koelichena.

W odpowiedzi prof. Orzechowski przyznaje, że zamało podkreślił charakter hypotetyczny niektórych spraw poruszonych w odczycie. Prof. O. podnosi znaczenie hypotez dla neurologji i jako przykład przytacza poglądy nowsze na odruchy kolanowe, na niedowiedzione połączenie dróg piramidalnych z komórkami przednich rogów. Wyjaśnia różnicę pomiędzy sarkoplazmą i mięśniem poprzeczno prążkowanym. Sarkoplazma podczas skurczu nie pochłania tlenu nie wytwarza kwasu węglowego. Badania wykazały, że mięsień gładki zużywa ciała białkowe, produkuje kreatynę, a więc w moczu wydziela się większa ilość kreatyniny. Sarkoplazma trudno pobudza się z nerwu, przy pracy nie wytwarza ciepła, któreby można było określić za pomocą dostępnych metod. Dowiedzione jest, że sarkoplazma ma odrębne włókienko nerwowe bezrdzeniowe, po przecięciu nerwu ruchowego nie wyrodnieje.

Mięśnie prążkowane wytwarzają specjalne prądy elektryczne o 50 odchyleniach na sekundę Heidenhein wykrył, że po przecięciu nerwu kulszowego i po wystąpieniu zwyrodnienia nerwu, bezwładu, przy podrażnieniu nerwu kulszowego nie otrzymywał skurczu, przy podrażnieniu *rami communicantes albi nvi. sympatici* otrzymywał skurcz powolny. Następnie prof. O objaśnia 3 rodzaje tonusu i wpływ na niego nerwów współczulnych. Pewne stany przykurczowe zależą tylko od przykurczu sarkoplazmy, a nie mięśni poprzeczno-prążkowanych Na zwierzętach zatrutych jadem tężcowym w mięśniach ze stałem przykurczeniem wykryto, że nie wydziela się bezwodnik węgla, ciepłota nie podnosi się, mięsień taki nie daje prądów czynnościowych. Hoffan, Schaefer, Frank w stanach skurczowych wykrywali prądy czynnościowe, inni jak Meyer nie wykrywali, jednak na fotogramach widać bardzo nieznaczny rytm innego rodzaju prądów.

Prof. Czubalski uważa, że prof O. słusznie podkreślił, że na fotogramach w stanach skurczowych Hoffmana i jego uczniów są widoczne bardzo nieznaczne wahania rytmu, gdyż oprócz prądów czynnościowych, spoczynkowych, istnieją 3-ego rodzaju prądy — prądy deformacyjne, które wiążą z sarkoplazmą. Fotogramy Hoffmana dawały wahania prądów najprawdopodobniej związane ze stanem sarkoplazmy Prądy te według badań fizjologów francuskich należą do prądów deformacyjnych

II. Prof. A. Gluziński **„Rozpoznanie kiły płuc“**. (Rzecz ukaże się w druku).

Prof A. Sokołowski w dyskusji przypomniał, że przed 40 laty poruszył ten temat. Wystarczało wtenczas aby ktoś przebył kiłę, a przy zajęciu przewlekłem płuc stosowano mu leczenie przeciwkiłowe, co w przypadkach gruźlicy pogarszało znacznie stan chorego. Temat poruszony wówczas wywołał ożywioną dyskusję. Prof. S. podkreśla, że najlepsze metody badania nie pozwalają jednak rozpoznać kiły płuc. Mówca wprowadził jeszcze jeden ważny objaw dla rozpoznania kiły, a mianowicie obecność dużej wątroby i dużej śledziony, co w znacznym stopniu ułatwia rozpoznanie. Sekretarz doroczny, *W. Kowalski.*

A. Chełmoński. Warszawa

Potrzeby duchowe chorych a szpital.

(Odczyt w Sekcji szpitalnictwa W. T. L. 29 kwietnia 1920 r.)

Mimo znaczne postępy wiedzy lekarskiej, czynniki natury psychicznej w leczeniu są zamało uwzględniane. Tymczasem nie ulega wątpliwości, że mają one w życiu naszem bardzo poważne znaczenie. Świadczy o tem dowodnie szereg faktów z dziedziny fizjologji i patologji. I tak: **Stwierdzono wpływ stanu duszy na sprawy odżywcze skóry**, na siwienie i wogóle na zmianę barwy włosów, na ich wypadanie, na występowanie pewnych wysypek skórnych itp.

Pod wpływem bólu wydzielanie soku żołądkowego zmniejsza się, pod wpływem gniewu błona śluzowa żołądka czerwieni się (Beaumond 1825 r.)

Wyobrażenie smacznego pokarmu sprowadza obfite wydzielanie soku żołądkowego (Pawłow). Przyjemne wrażenia potęgują ruchy żołądka, przykre hamują. (Caumon i Walter). Wiadomo powszechnie, że w powstawaniu wielu chorób narządu trawienia czynności duchowe odgrywają bardzo **ważną rolę (biegunki nerwowego pochodzenia, nerwice żołądka, żółtaczka ze wzruszenia).**

Wzruszeniom przyjemnym towarzyszy większy przypływ krwi do kończyn, przykrym mniejszy (Lehmann). Wyobrażenie ruchu kończyny wystarcza do wywołania przypływu krwi do tejże kończyny (Weber). Znane jest **występowanie rumieńca na twarzy** pod wpływem wstydu, **bladości skóry** pod wpływem strachu itp.

Przerost mięśnia sercowego, przedwczesne stwardnienie rozwijają się wielokrotnie pod wpływem częstych wzruszeń. Vessal po sekcji chorej, u której serce jeszcze drgało, ze wzruszenia zmarł. Sofokles podobno zmarł z radości, gdy na igrzyskach olimpijskich otrzymał nagrodę.

W pracy pt. „Stan układu nerwowego u suchotników i jego wpływ na przebieg gruźlicy“[1]) przytoczyłem szereg spostrzeżeń, świadczących o **niekorzystnym wpływie silnych wzruszeń na ciepłotę ciała** u suchotników.

Bardzo poważny jest udział czynników psychicznych w powstawaniu choroby cukrowej. W rodzinach obarczonych skłonnością do chorób umysłowych, często następuje cukrzyca.

Na powstawanie histerji, neurastenji, nerwic urazowych wreszcie wielu chorób umysłowych, wpływają czynniki psychiczne. Bardzo interesujący jest fakt występowania szeregu **zaburzeń somatycznych w przebiegu chorób umysłowych.** W ostrych postaciach paranoi zdarza się często nadmierne ślinienie, w melancholji zmniejszone wydzielanie śliny. W demencji spotyka się zmniejszone ilości kwasu solnego w soku żołądkowym. Po napadach padaczkowych występuje często białkomocz, w zadumie acetonurja. W porażeniu postępowem notowano znaczne obniżenie ciepłoty (poniżej 30_0 C). Jeżeli jeszcze przypomnimy, jak poważne ma znaczenie w patologji sugestja, to przyjść musimy do wniosku, że lekceważenie w leczeniu czynników psychicznej przyrody jest oczywistem nieuctwem. Słusznie powiada Nussbaum [2]), że „zaniedbywanie w patologji czynności duchowych równa się niemal zaniedbywaniu przez tyle wieków wiadomości o cyrkulacji krwi“.

A teraz przypatrzmy się naszym szpitalom z punktu widzenia potrzeb duchowych chorego

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że o ile sprawa rozpoznania w szpitalach postawiona jest naogół dobrze, o tyle sprawa leczenia i pielęgnowania stoi jaknajgorzej. Poza leczeniem farmaceutycznem i chirurgicznem wszystkie inne metody postępowania są w zupełnem zaniedbaniu.

I tak: warunki w szpitalach, w których przebiegać ma dana choroba, często są nie tylko zupełnie nieodpowiednie, lecz wprost szkodliwe. A dalej cała djetetyka, wodolecznictwo i inne metody fizykalnego leczenia są powszechnie mało uwzględniane. Czyż wobec tego, wobec lekceważenia najistotniejszych wymagań lecznictwa można się dziwić, że nie pomyślano tu o potrzebach duchowych chorych? Z przykrością przyznać trzeba, że chorych w szpitalu często traktuje się jedynie jako mniej lub więcej interesujący materjał naukowy, a zapomina się, że chory jest to nieszczęśliwy człowiek i, że naszym obowiązkiem jest udzielanie mu pomocy i ulgi w cierpieniu.

Na wyróżnienie zasługują usiłowania tych lekarzy, którzy starają się, ile możności, zaspokajać duchowe potrzeby chorych: zakładają bibljoteki dla chorych, ozdabiają oddziały obrazami, kwiatami, ułatwiają chorym korespondencję z rodziną, urządzają dla rekonwalescentów koncerty i deklamacje, wprowadzają zajęcia itp.

Wszystko to dowodzi, że wielu lekarzy zdaje sobie sprawę z ważności duchowych potrzeb chorych i usiłuje im zadość uczynić. Inicjatywa jednak prywatna nie jest w stanie zasadniczo stanu rzeczy zmienić. Sprawą tą zająć się powinny zarządy miast przy udziale lekarzy szpitalnych.

Potrzeby duchowe chorych szpitalnych podzielić można na dwie kategorje:

I) potrzeby, które uwzględnione być mogą dopiero przy budowie nowych szpitali, nowych sanatorjów i

II) potrzeby, które zaspokoić można i należy zaraz.

Co do pierwszego. Zacznijmy od budynków szpitalnych.

I). A. Budynki szpitalne. Wiemy dobrze, że jedne domy mieszkalne robią miłe wrażenie, miło na nie spojrzyć, miło w nich mieszkać. Inne wprost przeciwnie. Składa się na to bardzo wiele czynników. Chodzi tu o otoczenie, o kształt budynku, harmonję linji, kolor ścian, dostęp światła, wygodne wejście itp. Nie wmawiajmy w siebie, że takie wymagania mieć może jedynie człowiek inteligentny, mający pojęcie o pięknie, wreszcie tylko człowiek zdrowy. Pierwszy lepszy analfabeta mówi: „Tu jest wesoło, a tu niewesoło“. A jeżeli na zdrowego oddziaływa wygląd zewnętrzny danego miejsca, to tembardziej na chorego, u którego podrażniony jest układ nerwowy.

B). Poczekalnie i pokoje kąpielowe. Do szpitali zapisują się dwie kategorje chorych: jedni schludni choć ubodzy, drudzy wstrętnie brudni, zawszeni. Zaraz przy wstępie do szpitala należałoby, licząc się z potrzebami duchowemi chorych, różniczkować te dwie kategorje.

---

[1]) Gaz. lek. i „Deutsch. Arch. f klin. Med.“ 1901 r.

[2]) H Nussbaum. O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe. (Odczyt na VII. Zjeździe lekarzy we Lwowie 1894 r.)

Na ten cel potrzebne są dwie poczekalnie, duże łazienki itp. co też należałoby uwzględnić przy budowie szpitali.

Przechodzę do systemu budowania oddziałów.

C). Oddziały szpitalne. Gdy chodzi o znalezienie pomieszczenia dla chorego zamożniejszego na czas jego choroby, nikomu z nas niewydałoby się możliwe, aby pomieścić swego pacjenta na sali, gdzie oprócz niego znajdowałoby się jeszcze kilkudziesięciu innych chorych i te warunki otoczenia uznać za odpowiednie.

Dla chorego takiego poszukuje się oddzielnego pokoju.

Chory ubogi znieść musi wszystko: wyjawiać podczas zbierania wywiadów lekarskich najskrytsze tajemnice swego życia wobec licznych słuchaczy, wysłuchiwać jęki sąsiadów, patrzeć na konających, być niepokojonym przez chodzenie i nieodpowiednie zachowanie się chorych nerwowych, mieć ciągle świadków przy załatwianiu swych potrzeb fizjologicznych, przy ujawnianiu swych ułomności i kalectw, wysłuchiwać niewłaściwe żarty, uszczypliwe przycinki i wogóle ordynarne a nieraz nieprzystojne rozmowy.

Dlatego też sale wielkie, tak imponujące swym wyglądem, a wygodne jedynie dla obsługi i dozoru chorych, uważać należy za nieodpowiadające kardynalnym potrzebom fizycznym i duchowym, za złe, za przeżytek. W Anglji i w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej oddział szpitalny składa się najwyżej z 14—16 łóżek, które są oddzielone płóciennemi ścianami.

W nowym szpitalu w Berlinie „Nordend“ Dosquet oddziela łóżko od łóżka drewnianemi przepierzeniami.

Pomysł oddzielania łóżek przegrodami nie może być uważany za szczęśliwy, gdyż wtedy z powodu braku ruchu powietrza chory z konieczności pozostawać musi w zaduchu.

Należałoby też mieć osobne pomieszczenie, dokąd możnaby niezwłocznie przenosić zmarłych i w ten sposób oszczędzić bardzo przykrego widoku dla otoczenia. A już za niezbędne uważać należy separatki dla ciężko chorych i chorych po operacjach, często wymiotujących. W szpitalu de la Croix Rouge w Ljonie każdy chory po operacji pomieszczany bywa na kilka dni w specjalnym oddziale.

Również niezbędne jest oddzielenie sali opatrunkowej i operacyjnej od danego oddziału chirurgicznego, a to w celu nie tylko przeprowadzenia aseptyki, lecz także w celu oszczędzenia chorym, znajdującym się na oddziale, przykrego wrażenia, na jakie narażeni są, wysłuchując krzyki i jęki chorych opatrywanych i operowanych.

Każdy większy szpital posiadać też winien pomieszczenie na czytelnię dla chorych, na salę rozrywek, w której znajdować się powinien fortepian, szachy itp., oraz gdzie mogłyby odbywać się co pewien czas koncerty, przedstawienia teatralne.

D). Potrzeba sanatorjów i przytułków. Chorych szpitalnych, znajdujących się obecnie na oddziałach terapeutycznych, pod względem ich potrzeb fizycznych i duchowych podzielić można na cztery kategorje: 1) chorych uwiądowych i nieuleczalnych, potrzebujących jedynie przytułku, 2) chorych gruźliczych: a) podlegających leczeniu i b) nieuleczalnych, 3) chorych obłożnych, potrzebujących leżenia, spokoju, ciszy i 4) chorych nieobłożnych, potrzebujących ruchu, ćwiczeń ciała, rozrywek.

Chorzy uwiądowi i nieuleczalni znaleźć powinni pomieszczenie w tanich przytułkach zamiejskich; w osobnych przytułkach, również zamiejskich, należałoby pomieścić gruźliczych chorych nieuleczalnych; dla suchotników podlegających leczeniu budować należy sanatorja zamiejskie, a dla chorych nieobłożnych budować sanatorja miejskie lub zamiejskie o typie nie szpitala, lecz sanatorjum.

Wtedy w szpitalach zostaliby jedynie chorzy obłożni, dla których miejsca w szpitalach dzisiejszych wystarczy. Trzeba więc myśleć nie o budowie nowych szpitali, lecz o budowie przytułków i sanatorjów. [3]).

[3]) A. Chełmoński. W sprawie reformy szpitalnictwa Gaz. lek. 1899 r., 1910 r. A. Chełmoński. W sprawie segregacji chorych. Pam. Klin. Szpit. Dz. Jezus 1918 r.

E). Oddziały i pokoje dla chorych I klasy. Mimo jaknajdalej idące demokratyczne poglądy nie da się zaprzeczyć, że potrzeby duchowe chorych, przyzwyczajonych do pewnych wygód są inne, aniżeli potrzeby ludzi, którzy, będąc więcej zahartowanymi do znoszenia niewygód życiowych, mniej je odczuwają.

Lekarzowi nie wolno wdawać się w ocenę, czy tak być powinno, jak jest, lecz należy, licząc się z istniejącemi faktami i mając na uwadze jedynie zdrowie danego osobnika, uwzględniać potrzeby jemu właściwe.

Stąd należałoby przy budowie lub przebudowie szpitali mieć na względzie różne potrzeby omawianych dwóch kategoryj chorych, bądź budując osobny pawilon dla chorych I. klasy, bądź przeznaczając dla tejże klasy osobne pokoje, gdzie za większą opłatą znajdowaliby pomieszczenie chorzy przyzwyczajeni do większych wygód. Potrzeba takich pomieszczeń jest tem większa, że odpowiednich zakładów prywatnych dla tej kategorji chorych nie posiadamy.

II). A. Urządzenia wewnętrzne. Co do 2) tj. potrzeb, które zaspokoić należy zaraz, niepodobna wyliczyć wszystkich braków pod względem urządzeń wewnętrznych, braków, oddziaływających szkodliwie na psychiczny stan chorego.

Wspomnę o niektórych: pierwsze wrażenie zwykle jest najsilniejsze. A jakież to wrażenie odczuwać musi chory, przybywający do niektórych szpitali.

Zabłocona posadzka w poczekalni, powycierane ławki, mniej lub więcej brudne ściany, wstrętne wycieraczki do nóg, na ścianach kilka suchych rozporządzeń urzędowych. Należałoby zatroszczyć się o to, aby poczekalnia była schludna, robiąca miłe wrażenie, pełna kwiatów, miłych obrazów na ścianach, słowem, żeby chory nie miał uczucia, że przybywa do urzędu śledczego lub do więzienia, lecz do miejsca, w którem znajdzie ukojenie.

W otoczeniu pawilonów winny być rozstawione ławki, urządzone altanki dla chorych i rekonwalescentów.

Salki, pokoiki i jadalnie należy również przyozdobić tak, aby chory doznawał wrażenia, jakie odczuwamy w miłem schludnem mieszkaniu prywatnem.

W szpitalu Broca w Paryżu ściany przyozdobione są freskami. Jeden z nich wyobraża zdrowie pod postacią kobiety rozdzielającej kwiaty i owoce wśród rzeszy chorych.

B. Towarzystwo opieki nad chorymi szpitalnymi. Idąc za przykładem Francji należałoby założyć stowarzyszenie, poświęcone odwiedzaniu chorych, pokrzepianiu ich na duchu, udzielaniu im pomocy. W 1636 r. św. Wincenty a Paulo założył towarzystwo pt. Dzieło odwiedzin szpitalnych (Oeuvre de la visite dans les hôpitaux); panie należące do tego stowarzyszenia dzieliły się na 3 grupy „odwiedzających“, „pomagających“ i „kollektorek“. W 1867 r. powstało podobne stowarzyszenie protestanckie. W 1897 r. Straus założył tow. świeckie pt. „Patronage des Hôpitaux“. Są też we Francji kasy pomocy dla chorych szpitalnych.

C. Lekarze, służba szpitalna. Wszystkie te jednak, choćby najlepsze, porządki nie będą miały żadnej wartości, o ile lekarze i cały personal szpitalny nie przejmą się głęboko zasadami miłosierdzia. Lekarz, mając za zadanie usuwanie dolegliwości fizycznych, w tym kierunku głównie ćwiczy swój umysł i nieraz zapomina o stronie duchowej, która, jak już wspominaliśmy, ściśle łączy się z zaburzeniami natury fizycznej.

A więc przedewszystkiem, jak wiadomo, lekarza cechować powinna życzliwość i ciągłe pamiętanie o tem, aby dodawać chorym otuchy i oszczędzać o ile można, przykrych wrażeń.

I tak: należy badać chorego po raz pierwszy bez świadków, unikać przy nim rozmów dla niego przykrych, nie wypisywać na tablicach nad łóżkiem nazwy choroby, nie wykonywać w obecności innych chorych choćby drobnych operacyj i przykrych rękoczynów jako to: przemywania żołądka, pakelenizacji, opatrunków itp. Unikać badań ginekologicznych wobec świadków, zwłaszcza też dzieci.

Chorych przywozić na salę operacyjną uśpionych, a przynajmniej po przygotowaniu wszystkiego do operacji itp.

Sprawa służby szpitalnej wymaga jak wiadomo, radykalnej reformy, ale na reformę tę poczekać musimy czas dłuższy. Tymczasem nie pozostaje lekarzom nic innego, jak w myśl powiedzenia „przykład idzie z góry", zachowaniem swem pobudzić służbę do zrozumienia jej samarytańskich obowiązków w stosunku do chorych: żadne wykłady ani napomnienia tyle nie zdziałają, co dobry przykład. Więc zacznijmy od siebie.

Z tego krótkiego rysu wynika, że wymagania nasze w sprawach leczenia tak dalece wzrosły, że w bardzo wielu przypadkach szpitale nie czynią zadość potrzebom chorych, zwłaszcza duchowym. Jak widzieliśmy, wielkie sale, brak indywidualizacji w urządzeniach szpitalnych itp. błędy wymagają radykalnej reformy.

Szpitale w dzisiejszym stanie są już tylko przeżytkiem, anachronizmem.

Sprawy zawodowe.

Kilka uwag o praktyce felczerskiej w b. zaborze rosyjskim.

Jedną z największych plag, jaką pozostawił nam carat w zawodzie lekarskim i którą Sejm nasz ustawą z ub. r. udoskonalił, jest praktyka felczerska. Koledzy innych byłych zaborów nie łatwo sobie przedstawić mogą praktykę lekarską obok owej felczerskiej. Ludność miast, miasteczek i wsi uważa za zupełnie naturalną następującą procedurę leczenia. Na początku choroby używany jest felczer, który stwierdza chorobę i leczy chorego, zalecając oprócz swych środków felczerskich (bańki, lawatywy etc.) różnego rodzaju lekarstwa, przepisując je w formie recept zupełnie „doktorskich". Za punkt swego honoru uważają, aby nie używać do pomocy lekarza, lecz samemu wyleczyć chorego. Jedynie od chorego lub otoczenia jego zależy, czy dana choroba ma być dalej przez felczera leczona, czy też lekarz ma być wezwany, gdyż sam felczer przeważnie nie podsuwa myśli, aby lekarza poprosić. Przeto lekarz zwykle zjawia się przy łóżku chorego dopiero po tygodniu a nieraz i później, nawet w takich chorobach, jak dur brzuszny, zapalenie płuc itp.

Mobilizacja lekarzy i nieuwzględnienie przez Ministerstwo Zdrowia publ. próśb reklamacyjnych miasteczek ogołociły je z jedynej zwykle pomocy lekarskiej i oddały zdrowie mieszczan i okolicznej ludności wyłącznie na łup felczerów. Korzystając z tego felczerzy, zwłaszcza w małych miasteczkach, tak się rozwielmożnili, że samo zaproponowanie przez chorego lub otoczenie, aby wezwać lekarza, uważają za ubliżające dla siebie Często chory jest tak terroryzowany przez felczera, że wzywa cichaczem do siebie lekarza, aby, broń Boże, nie obrażać „pana felczera". Nie mówiąc już o tem, jak bardzo podkopuje taki stosunek stan moralny lekarzy, jak obniża ich autorytet i samodzielność, trzeba niestety stwierdzić, że szanujący się lekarz, widząc tę profanację nauki, sankcjonowaną przez sejm, jest zupełnie bezsilny wobec tych pod względem etycznym zwykle słabo rozwiniętych, jak ich na wsi nazywają „russkich dochtorów". Lekarz po otrzymaniu dyplomu bierze na siebie odpowiedzialność i obowiązki, może z najcięższych, jakie się nakłada na człowieka. Aby te obowiązki sumiennie wypełnić, trzeba posiadać niemały zasób inteligencji i znajomości rzeczy. Niech więc Sejm nie zapomina, że te same prawie obowiązki i tę samą odpowiedzialność włożył na rzesze ludzi przeważnie tylko z „domowem wykształceniem" i z bardzo problematyczną wiedzą fachową.

Dr. Henryk Makowski (Praszka).

Wydział Związku Lekarzy Małopolski i Śląska

wysłał do Prezydjum Sądu Apelacyjnego w Krakowie następujące pismo:

„Na pismo prezydjalne z dnia 27. czerwca b. r. praes: 12.876 i z 21. lipca br. praes: 14.372 w sprawie wstrzymania się lekarzy od czynności sądowych lekarskich uchwalił Wydział Związku następującą odpowiedź:

Jeżeli Ministerjum sprawiedliwości przyrzeknie nam, że nowa taryfa lekarska będzie od 15. września b. r. wprowadzona w życie po myśli naszego memorjału, wniesionego w maju b. r. (300-krotne zwiększenie przedwojennej taryfy austr. i dalsze jej zwiększanie w miarę wzrastania drożyzny), a nadto, że lekarzom sądowym przy wprowadzeniu nowej taryfy będzie wypłacona różnica między dotychczasową taryfą, a nową — za lipiec, sierpień i połowę września b. r., Wydział Związku wezwie lekarzy, by wykonywali prawidłowo urząd znawców sądowych.

Dopóki takiego przyrzeczenia nie otrzymamy, uchwała nasza musi nadal obowiązywać. Wydział Związku musi dbać o to, by lekarzom nie działa się materjalna krzywda i dlatego musi niewzruszenie stać na raz zajętem stanowisku, prowadzącem do usunięcia tej krzywdy, tembardziej, że żądania nasze są nad wyraz skromne".

Zawiadamiając o tem piśmie Szan. Kolegów, polecamy im, by nadal wstrzymali się od pełnienia czynności sądowych lekarskich aż do odwołania przez Wydział Związku.

W Krakowie, dnia 27. lipca 1922.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Żydłowicz*, wiceprezes.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Dziennik ustaw R. P. N. 51 z 11. lipca 1922 zawiera rozporządzenie Ministra zdrowia publ. z 17. czerwca 1922 w przedmiocie likwidacji Izb Lekarskich we Lwowie i Krakowie Dla dokonania likwidacji ustanawia się dla każdej z Izb komisarza, który ma objąć zarząd majątku Izby oraz przekazać akta i majątek zlikwidowanej Izby nowej Izbie Lekarskiej lwowskiej względnie krakowskiej, utworzonym rozporządzeniem Ministra zdr. publ. z 15. marca 1922 r.

Nowo utworzona Izba lekarska krakowska, z siedzibą w Krakowie, obejmuje obszar województw: krakowskiego i kieleckiego; nowo utworzona Izba lek. lwowska, z siedzibą we Lwowie, obszar województw: lwowskiego, tarnopolskiego i stanisławowskiego.

Komisarzem dla likwidacji Izby lekarskiej we Lwowie ustanowiło Ministerstwo dotychczasowego Prezydenta Izby dra Jana Papéego, dla Izby lekarskiej w Krakowie dotychczasowego Prezydenta Dr. Stefana Schoenguta-Strzemieńskiego.

Dla wyborów do Izb lekarskich wyznaczył Pan Minister zdrowia publicz. dzień 10. grudnia 1922, zaś dla ewentualnych wyborów powtórnych dzień 14. stycznia 1923.

Warszawa.

W. D. 24. b. m. odbyło się w siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich zebranie lekarek w sprawie wzięcia udziału w II-im Międzynarodowym Kongresie Lekarek, jaki ma się odbyć w początkach września r. b. w Genewie.

Kongres ten organizuje Międzynarodowe Stowarzyszenie Lekarek, które zawiązało się w 1919 r., bezpośrednio po 1-ym Międzynarodowym Kongresie Lekarek w Nowym Yorku, celem zbliżenia się lekarek różnych narodowości na gruncie społeczno-lekarskim.

Do Stowarzyszenia tego należą już przedstawicielki 15-tu państw, a mian. amerykanki, francuski, angielki, belgijki, dunki, szwedki, włoszki, hiszpanki, japonki i t. d. Komitet Organizacyjny II-go Międzynarodowego Kongresu zwrócił się do lekarek polek z propozycją uczestnictwa w powyższem przez wysłanie swojej delegatki oraz zgłoszenie referatów z dziedziny społeczno-lekarskiej. Jako delegatkę na Kongres w Genewie wybrano Dra Wojnównę Dla spraw związanych z udziałem polek w Kongresie wyłoniono Komisję, w skład której weszły lekarki: Garlicka, przewodnicząca, Korzonówna, Wojnówna, Dąbrowska i Szczodrowska.

Uprasza się Szan. Koleżanki o zgłaszanie referatów wraz z tłomaczeniem na język francuski lub angielski do d. 15. sierpnia pod adresem sekretarki Komisji Zjazdowej Dra M. Szczodrowskiej, Widok 11 m 1. Warszawa.

Dotychczas zgłosiły referaty:

1) Dr. Garlicka — Opieka nad matką i niemowlęciem w Polsce; 2) Dr. Rygier-Cękalska — Walka z chorobami wenerycznemi na ziemiach Polski; 3) Dr. Matusewiczówna — Hygiena w szkołach średnich; 4) Dr. Miklaszewska — Hygiena w szkołach powszechnych; 5) Dr. Grzywo-Dąbrowska — Lekarka w więziennictwie; 6) Dr. Szczodrowska — Udział państwa, samorządów oraz instytucji społecznych w organizacji nadzoru nad nierządem w Polsce; 7) Dr Wojnówna — Historja lekarki w Polsce.

Towarzystwo Lekarskie Polsko-Francuskie powiadamia, że dla członków Towarzystwa uzyskało następujące zniżki na książkach wydawnictwa firmy Gaston Doin w Paryżu, ważne do końca bieżącego roku. 1 frank = 175 marek polskich, do tej sumy należy dodać 15% na koszta przesyłki i opakowania. Zamówienia należy kierować pod adresem: Warszawa, Wspólna 60 m. 26. Dr Gauthier dla pani Kownackiej. Pieniądze zaś należy składać w Banku Zachodnim w Warszawie na conto firmy Gaston Doin w Paryżu; można przesyłać także na conto Banku Zachodniego w P. K. O. liczba 1.051, zaznaczając jednak jednocześnie na przekazie, że pieniądze są przeznaczone na rachunek firmy Doin.

Do zniżek, które od dawnego czasu daje Masson, przybywa obecnie Doin, a rokowania z firmą Baillière są w toku.

Redakcja otrzymała nr. 7 z lipca 1922 czasopisma zawodowego, wychodzącego od 44 lat w Zagrzebiu p. t. Liječnički Vjesnik (Wiadomości lekarskie).

Treść numeru następująca:

1. Utrzymanie chorych w szpitalach.
2. Projekt ustawy o Izbach lek. w Czecho-Słowacji.
3. Zebrania i Zjazdy.
4. Wiadomości różne (między innemi interesująca „Ustawa o lekarzach specjalistach).